

**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DEL NORTE**

**CORRELACION DE LAS CONDICIONES DE SALUD ORAL EN RELACIÓN
CON LA CALIDAD DE VIDA EN UNA POBLACION DE NIÑOS DE 8 A 10
AÑOS DE EDAD Y SUS PADRES EN LA CIUDAD DE CARTAGENA DE
INDIAS, COLOMBIA**

Por
PATRICIA INES CASTRO VILLAMIZAR

**Tesis para optar por el grado de “Magíster de la Universidad del Norte en
Salud Pública”**

Enero 2014



**CORRELACION DE LAS CONDICIONES DE SALUD ORAL EN RELACIÓN
CON LA CALIDAD DE VIDA EN UNA POBLACION DE NIÑOS DE 8 A 10
AÑOS DE EDAD Y SUS PADRES EN LA CIUDAD DE CARTAGENA DE
INDIAS, COLOMBIA**

PATRICIA INES CASTRO VILLAMIZAR

Estudiante de IV semestre Maestría en Salud Pública

Rafael Tuesca Molina

Director trabajo de Grado

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD DEL NORTE

BARRANQUILLA

2014



AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios todopoderoso por haberme regalado el don de la perseverancia para desarrollar y culminar este trabajo.

A mi familia por ser mi apoyo incondicional, mis padres, esposo e hijas.

A mi padre por creer en mis capacidades, apoyo incondicional en mis proyectos educativos, homenaje póstumo.

A mi director de tesis Dr. Rafael Tuesca que dedico su tiempo y esfuerzo para culminar el trabajo.

A la Dra. Marisol Téllez quien me facilito los cuestionarios para la ejecución del trabajo.

A la Corporación Universitaria Rafael Núñez por el tiempo brindado, al programa de odontología, a mis colegas que me apoyaron y confiaron en mis capacidades.

A las Instituciones, padres y niños que fueron partícipes del proyecto.

ABSTRACT

There is a growing global interest in holistic health, the trend is to analyze how the detrimental health affects all dimensions of the individual. Being able to address health holistically, predisposes a better approach to the diagnosis provides and effective treatment to demonstrates account the resolution and health maintenance. In this century, the redefinition of the health concept is dimensioned on a multidimensional notion, which realizes all the inherent aspects of the human being, from this definition, the role of health sciences is not only return physical health of the individual also the improvement in quality of life. In dentistry, a traditional way, the health vision is given to from a clinical perspective, disregarding the implications for other dimensions of the human being; oral pathologies and their manifestations produce a number of symptoms that have physical, psychological and social effects on children, both in everyday life and in their quality of life. Accordingly the present study analyzed how the Oral health affects the quality of life in children, we determined the prevalence of oral disease, perceived quality of life related to oral health in children and parents and estimates correlation between quality of life and its perception of children and parents.

The study employed a cross-sectional analytical design, questionnaires COHQoL₈₋₁₀ was administered to 227 children and 91 parents / caregivers, which estimated the quality of life related to oral health; the instrument used incorporates perception of children and parents and is sensitive to children in cognitive, social and emotional aspects with a Cronbach's alpha of 0.89 ; oral health status was measured using the DMFT index, and presence or absence of oral pathologies, the results were organized in a database EXCEL Microsoft Office and using statistical program SPSS ²¹ .

Of the 227 children 54.19 % were female, the average age of children was 8.8, the highest response rate was for the mothers, the average age of parents was 36 years old, belonging to a socioeconomic stratum 1, secondary education, and health subsidized. The prevalence of dental caries in children was 67.84 %

[61.5 % -74.1 %], the average DMFT was 2.63 (\pm 2.9); more girls with caries history a DMFT below 2.3, the second pathology was found fluorosis.

When analyzing the data obtained for the perception of quality of life related to oral health of children taking into account the variables of sex and age, for the four factors, the highest values were submitted to the age of 9 years and male. The perception of quality of life related to oral health, perceived feelings of school activities and relationships in children and their caregivers showed high scores, with the perception of feeling ($p = 0.031$); boys express higher scores than girls for all components. Respect to the dimensions globally, observed that the score of the parents is less than that reported by children, data show a weak correlation for each component correlation, a direct correlation was observed between the perception of parents and children regarding oral health and perception of parents and children and the perception of interpersonal relations with a $p < 0.01$, while for the perception of feelings and perceptions related to school activities not save significant correlation.

Keywords: Quality of life, oral health, dental caries, oral health perception, quality of life perception.

RESUMEN

Existe a nivel global un interés creciente de la visión holística de la salud, la tendencia analizar como el detrimento de la salud afecta todas las dimensiones del individuo. El poder abordar el estado de salud de manera integral, predispone a un mejor abordaje del diagnóstico y brindar un tratamiento que dé cuenta eficaz en la resolución y mantenimiento de la salud. En el presente siglo la resignificación del concepto de salud, dimensionó la misma en un concepto multidimensional, que da cuenta de todos los aspectos inherentes del ser, se dimensiona, a partir de esta definición, el papel de las ciencias de la salud, donde su función no solo es devolver la salud física al individuo, sino el mejoramiento en la calidad de vida. Para la odontología de manera tradicional, la visión hacia la salud se valora desde la perspectiva clínica, desconociendo las implicaciones en las demás dimensiones del ser humano; las patologías orales y sus manifestaciones producen una serie de síntomas que tienen efectos físicos, psicológicos y sociales en los niños, tanto en la rutina diaria como en su calidad de vida. El presente estudio analizó como las condiciones de salud oral afectan la calidad de vida en niños, se determinó la prevalencia de patología oral, la percepción de calidad de vida relacionada con la salud oral en niños y padres y correlacionó la estimación de esta métrica entre niños y padres.

El estudio empleó un diseño transversal analítico, previo consentimiento informado, se aplicó cuestionarios COHQoL⁸⁻¹⁰ a 227 niños y 91 padres/acudientes, los cuales estimaron la calidad de vida relacionada con la salud oral; el instrumento utilizado incorpora percepción de niños y padres y es sensible para los niños en los aspectos cognitivo, social y emocional, con un alfa de Cronbach de 0.89; la condición de salud oral se midió utilizando el índice COPD, y presencia o no de patologías orales, los resultados se organizaron en una base de datos EXCEL Microsoft Office y se analizaron SPSS versión 21 en español.

De los 227 niños el 54,19% fueron niñas, el promedio de edad de los niños fue de 8.8, el mayor porcentaje de respuesta fue por parte de las madres, el promedio de edad de los padres fue de 36 años, pertenecientes a un nivel socioeconómico estrato 1, nivel educativo secundaria, y del régimen subsidiado. La prevalencia de caries dental en los niños fue del 67,84% [61,5%-74,1%], el COP promedio fue 2,63 ($\pm 2,9$); mayor número de niñas con historia de caries, un COPD por debajo 2,3, la segunda patología encontrada fue fluorosis en 25,9%.

Al analizar los datos arrojados para la percepción de calidad de vida relacionada con salud oral de los niños, teniendo en cuenta las variables de sexo y edad, para los cuatro factores, los valores más altos se presentaron para la edad de los 9 años y el sexo masculino. La percepción de calidad de vida relacionada con salud oral, percepción de sentimientos, de actividades escolares y de relaciones interpersonales en los niños y sus acudientes mostraron puntuaciones altas, siendo la percepción de sentimiento ($p=0,031$); los niños expresan mejores puntuaciones que las niñas para todos los componentes. Con respecto a las dimensiones de manera global, se observan que la puntuación de los padres es menor a la reportada por los niños, Los datos de correlación nos muestran una correlación débil para cada uno de los componentes, se aprecia una correlación directa entre la percepción de los padres e hijos con relación a salud oral y la percepción de padres e hijos y la percepción de relaciones interpersonales con una $p < 0,01$, mientras que para la percepción de sentimientos y la percepción relacionada con las actividades escolares no guarda correlación significativa.

Palabras claves: Calidad de vida, salud oral, caries dental, percepción de salud oral, percepción calidad de vida.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN.....	1
1.1.2 MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE.....	10
2. OBJETIVOS.....	18
2.1 GENERAL.....	18
2.2 ESPECÍFICOS.....	18
3. APROXIMACIÓN METODOLÓGICA.....	19
3.1 DISEÑO.....	19
3.2. POBLACIÓN.....	19
3.3. MUESTRA.....	19
3.4. INSTRUMENTO.....	20
3.5. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	21
3.6. VARIABLES.....	21
3.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.....	23
3.8. ASPECTO ÉTICO.....	24
4. RESULTADOS.....	25
4.1 Características sociodemográficas de los sujetos de los sujetos.....	25
4.2 Prevalencia patología oral.....	27
4.3 Percepción de la calidad de vida relacionada con salud oral en los niños.....	28
4.4 Percepción de los padres sobre la calidad de vida relacionada con la salud oral de sus hijos.....	29
4.5 Correlación de la estimación de calidad de vida relacionada con la salud de entre padres e hijos.....	34
5. DISCUSIÓN.....	36
6. CONCLUSIONES.....	41
7. RECOMENDACIONES.....	43
8. BIBLIOGRAFÍA.....	44

9. ANEXOS.....	53
Otros Hallazgos encontrados	68

1. INTRODUCCION

1.1 Planteamiento y Justificación:

La Organización Mundial de la salud (OMS) definió en 1946 la salud como “el completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades” (1), la incorporación del factor social en el concepto, supone una serie de elementos del entorno del individuo y por ende, no solo el aspecto biológico.

El concepto de salud se ha desarrollado a través del siglo XX y las primeras décadas del siglo XXI, es así, como en los años setenta, Milton Terris, amplió su definición, dándole dinámica al proceso salud - enfermedad “ la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de la malestar o enfermedad”; en los ochenta, en la carta de Ottawa (2) se presenta una propuesta y la definen como “Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud”; recientemente Alejandro Jadad Bechara (3) la define como “la capacidad de auto manejarse y adaptarse a los desafíos físicos, mentales y sociales”; se ve claramente que la incorporación de los diferentes aspectos a través de los años dimensiona el concepto y la validez del mismo en el desarrollo del hombre.

Se observa que el concepto de calidad de vida relacionada con la salud derivó del concepto multidimensional de la salud desarrollado a través del tiempo; se dimensiona a partir de esta definición el papel de las ciencias de la salud, donde su función no solo es devolver la salud física al individuo sino el mejoramiento en la calidad de vida. A partir de estimar de manera instrumental el estado de bienestar surge el constructo de calidad de vida relacionada con la salud; la utilización del concepto de calidad de vida relacionada con la salud, como una medida de percepción del individuo sobre su bienestar ayuda a

comprender la visión propia del paciente sobre su condición de salud, lo que permite analizar la visión subjetiva del ser. (4,5)

A nivel global, en las últimas décadas se ha suscitado un interés en la visión holística de la salud, presentándose investigaciones que han incursionado en este campo; indagando el impacto de las condiciones psicosociales en el individuo y emergiendo la calidad de vida como un indicador de estos aspectos; estas permiten entender la salud como una fuente de riqueza de la vida cotidiana, que por medio de estrategias integrales, crea ambientes favorables, refuerza acciones, actitudes y aptitudes personales y colectivas, tal y como lo refiere La Carta de Ottawa y el enfoque de los determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud(4) .

Actualmente se comprende que estudiar cualquier comportamiento relacionado con salud, implica tener en cuenta aquellos factores personales, del entorno próximo y sociocultural al que pertenecen los individuos y que pueden afectar la calidad de vida. (5)

La salud oral hace parte de la salud general y por ende compromete la calidad de vida de los individuos, la salud oral se define “ como el nivel de salud de los tejidos orales y relacionados que permiten al individuo comer, hablar y socializar, sin presentar una enfermedad activa, descomfort o vergüenza y que contribuye al bienestar general” (6) (4); de tal manera, que el éxito de las medidas preventivas y de tratamiento deben contemplar los aspectos no solo biológicos, sino psicológicos y sociales. Sin embargo, se observa, que los métodos tradicionales para medir salud oral, están basados en indicadores clínicos, desconociendo los aspectos psicosociales y funcionales, presentándose pobres relaciones entre las percepciones individuales y la enfermedad oral. (5) (7)

En términos generales en la atención odontológica, la condición de salud oral se ha analizado desde indicadores clínicos, dejando de lado el impacto que pueden tener las condiciones sociales y psicológicas en el individuo. En Colombia se han realizado hasta el momento pocas investigaciones (18, 21)

que permitan estimar la influencia que tiene la salud oral en la calidad de vida de los niños y se desconoce la percepción de padres e hijos frente a este tema, evidenciando un vacío en las investigaciones en salud pública.

Es de resaltar que en el contexto de otros países el tema ha cobrado tal relevancia, en la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas Adelaida 2010, se planteó que la buena salud mejora la calidad de vida y la productividad laboral, aumenta la capacidad de aprendizaje, fortalece a las familias y comunidades, y contribuye a la sostenibilidad del hábitat y del medio ambiente, así como a la seguridad, la reducción de la pobreza y la inclusión social. Estas interacciones entre la salud, el bienestar y el desarrollo económico han recibido gran impulso en las agendas políticas de todos los países. Cada vez más, las comunidades, los empleadores y las industrias esperan y demandan acciones de gobierno fuertes y coordinadas para abordar los determinantes de la salud y el bienestar, y evitar la duplicación y fragmentación de medidas. (8)

A pesar de que no existe un estilo de vida óptimo generalizable a toda la población, por las diferencias culturales, de ingresos, en la estructura familiar, la edad, el medio ambiente del hogar y del trabajo; las diferentes opciones asumidas por las personas, proporcionan un amplio abanico de posibilidades a la hora de estudiar cualquier comportamiento relacionado con la salud, e implica tener en cuenta los factores personales, del entorno próximo y sociocultural al que pertenecen los individuos. En este contexto, las concepciones y las percepciones son importantes, pues las primeras tienen relación con las ideas previas que explican o describen el significado de salud, construidas a partir de la organización de la información del entorno social y cultural; mientras que las percepciones, son los procesos mediante los cuales se registra todo con lo que se está interactuando y tiene significado; incluyen los valores, las tradiciones, los estereotipos, las vivencias y los conocimientos, que tienen los individuos sobre determinados aspectos de la vida. (5)

Luego entonces, el concepto de calidad de vida relacionada con salud es integrador, tiene una connotación multidimensional y se ha convertido en un

área que emerge en la investigación actual en salud pública, dado que aborda la visión holística de la salud e incorporar el enfoque de determinantes sociales, permite alcanzar resultados que pueden aplicarse en diferentes tipos de decisiones, abordar nuevas áreas de investigación y humanizar la atención en salud, al considerar las excepciones de los pacientes sobre la misma. (6)

La evolución del concepto de calidad de vida ha sufrido diferentes connotaciones a través de la historia, sin embargo, han prevalecido dos enfoques: el que se concibe como entidad unitaria y el enfoque como compuesta por una serie de dominios (6). Según Borthwick-Duffy y Felce y Perry la calidad de vida se conceptualiza en cuatro vertientes: “1) la calidad de las condiciones de vida de una persona, 2) la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, 3) la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y como la combinación de las condiciones de vida y 4) la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales” (6).

La calidad de vida, como se ha desarrollado, es un concepto que se ha venido utilizando en el siglo pasado desde la década de los años cincuenta, tomando fuerza su relevancia en investigación a finales del mismo; en el presente siglo, con el avance de la ciencia y tecnología en el área de la salud, emerge una nueva relación del concepto “calidad de vida relacionada con la salud”, presentándose en la literatura un gran número de artículos que relacionan la importancia de la mejora de la calidad de vida y las diferentes intervenciones para el mejoramiento de la salud. (5, 6, 8)

En Colombia, se asume como compromiso social y del Estado, la prioridad del bienestar de niños y niñas (4); y por ende esta implícito el reconocimiento de las problemáticas de salud, las cuales redundan en el bienestar general de los niños; el éxito de las medidas preventivas y de tratamiento que se puedan instauran en este grupo poblacional estará ligado al conocimiento de las patologías prevalentes y sus implicaciones sociales y psicológicas; de tal manera, que el abordaje de investigaciones que expliciten y analicen la

importancia de la triangulación serán fundamentales para el logro de estos objetivos.

Las enfermedades orales y sus manifestaciones producen una serie de síntomas que tienen efectos físicos, psicológicos y sociales en los niños, tanto en la rutina diaria como en su calidad de vida. Las patologías de mayor prevalencia como la caries dental y la enfermedad periodontal, las maloclusiones y los defectos en el esmalte muestran su influencia negativa en la salud oral; sin embargo existe una inapropiada medición de los efectos en la calidad de vida. (9)

En Colombia se han realizado a la fecha tres estudios nacionales de salud bucal, con los cuales se analizó la tendencia de la situación a través del tiempo. El último estudio realizado fue el Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III) en 1998, en el que se encontró una mejoría en el panorama general de las condiciones bucales principalmente en las edades escolares (10); sin embargo, en Colombia la caries dental es considerada el principal problema de salud bucal, especialmente en los niños, en los que es una causa importante de morbilidad y uno de los principales motivos de consulta en las instituciones de salud. (11)

Según la OMS las enfermedades orales son un problema de salud pública: causan; dolor, sufrimiento, alteraciones psicológicas, de privación social; Feitosa y colaboradores, refieren que la caries dental produce alteraciones en la masticación, disminución del apetito, pérdida de peso, problemas de sueño, cambios de comportamiento, ausentismo escolar. (12)

Sin embargo, se evidencia un vacío en las investigaciones realizadas en el país en este tema, dado que generalmente utilizan indicadores clínicos objetivos dejando a un lado los indicadores sociales y psicológicos, y se omite la relación entre los indicadores objetivos y subjetivos.

La relevancia de esta investigación en el país, se ve expresada en el Plan Nacional de salud bucal PNSB así: “Llegando al final de la primera década del nuevo milenio, podría decirse que hay varios problemas para el logro de la salud bucal. La no percepción social de la salud bucal como parte de la salud general, la concepción de atención dental como sinónimo de salud bucal y el desconocimiento de otras alteraciones que afectan el estado bucal de las personas y su impacto en la salud general, han llevado a la falta de continuidad y sostenibilidad de las políticas y lineamientos para lograr y mantener la salud bucal.

La carencia de información actualizada sobre el comportamiento de las condiciones bucales en la población, el desconociendo del efecto de los determinantes sobre el desarrollo de las condiciones bucales y el desconocimiento del real impacto de las acciones de promoción y prevención realizadas, han conllevado a concentrar los servicios principalmente en acciones rehabilitadoras y asistencialistas, con un inadecuado seguimiento a las acciones de fomento y promoción, y con una carencia en la integralidad de la atención en salud de una parte por la poca experiencia en la práctica efectiva de acciones integrales y por el incremento de las barreras de acceso debido a la deficiencia de los modelos de gestión, de atención y de prestación de servicios”. (13)

Frente a la preocupación expresada anteriormente el Ministerio de Protección social y Salud de Colombia publicó en 2007 la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones de crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años, el cual busca brindar pautas para la atención integral de la calidad para el niño sano menor de 10 años en todo el territorio nacional, a fin de disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad (14).

En este contexto la presente investigación da respuesta problemas expresados en el ENSAB III, tales como la percepción social de la salud bucal como parte de la salud general, sus implicaciones en la calidad de vida y la prevalencia de patologías orales en la ciudad. Esta propuesta marca un punto partida para abordar bajo la métrica de calidad de vida en las investigaciones en

odontología realizadas hasta el momento en el país, porque incluye no solo el análisis del componente biológico en los niños, también abarca el contexto Sociodemográfico, y la percepción psicosocial de los niños y sus padres.

Las investigaciones de salud oral y calidad de vida en los niños cobran gran relevancia, si tiene en cuenta que este tipo de investigaciones, permiten ahondar en aspectos de la salud pública en relación con la salud bucal poco explorados en Colombia hasta el momento.

Teniendo en cuenta el grado de desarrollo que logran alcanzar los niños durante sus distintas etapas, la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud oral reviste interés, más aun si a ello se le agrega que de acuerdo con Piaget, los niños entre las edades de 7 a 11 años se encuentran en el período de operaciones concretas, comienza cuando la formación de clases y series se efectúa mentalmente, su pensamiento lógico adquiere un nivel lógico-concreto porque ya no proyecta las leyes del psiquismo en los seres naturales o porque sigue limitado a lo tangible y es capaz de realizar acciones lógicas sencillas que incluyan la reversibilidad, la conservación, la ordenación y seriación; los niños en esta etapa son capaces de utilizar operaciones mentales y reflexionar sobre fenómenos y objetos de su entorno, de esta manera, pueden valorar como se encuentra su percepción de calidad de vida relacionándola con su salud oral, ya que, ha logrado la capacidad de inducción deducción y la reflexión sobre sus procesos de pensamiento. (15)

En la evolución social, se observan cambios fundamentales en la forma de relacionarse con los objetos y con los demás, estos dejan huellas profundas en su cuerpo real, en su imagen corporal, y las exteriorizará en conductas, posturas, actitudes y aptitudes repletas de significado; por lo tanto es un periodo fundamental para evaluar la percepción de los niños frente a su salud bucal en términos de estética, funcionalidad, sensación de dolor, entre otros aspectos. (15)

Medir la calidad de vida como componente de la salud bucal y realizar estudios en niños, reviste gran importancia dado que una mala salud oral en edades tempranas (preescolar y escolar) puede conducir a un alto impacto permanente en la calidad de vida de las personas. (16)

A principios del 2013, se publicó una revisión sistemática de la literatura sobre los cambios en la calidad de vida de niños y adolescentes menores de 14 años después de tratamientos odontológicos, el proceso de selección de la literatura tuvo en cuenta nueve artículos, y concluyó que existe un nivel de evidencia moderado y se presentan cambios en la calidad de vida de los niños y adolescentes relacionados con su salud oral. (17)

En un estudio realizado en Bogotá, se correlaciono la calidad de vida relacionada con salud oral en niños de ocho a diez años y sus acudientes; encontrándose que cerca del 50% de los niños percibieron que sus dientes estaban de más o menos a mal y el 42% reportaron sentir dolor en el último mes, que existen diferencias en la percepción entre hijos y padres, ya que el 8% de los padres percibieron la salud oral de sus hijos de regular a pobre (18).

Otro estudio realizado en Bogotá, se describió la percepción de salud oral en una población con labio y paladar fisurado; en general los niños y adolescentes encuestados percibieron su salud oral como muy bien y los padres la percibieron bien; la percepción general de la calidad del grupo estudiado, en relación con la salud oral fue positiva (21)

En Chile, López y Baelum encontraron en pacientes adolescentes con enfermedades periodontales, un mayor impacto en su calidad de vida, aunado en algunos casos a un estrato socio económico bajo (19).

Igualmente, en Tailandia y Brasil, en estudios realizados en niños y adolescentes, revelaron que las condiciones orales afectan e impactan de manera negativa la calidad de vida de los niños y adolescentes (20) (12).

A pesar de las referencias presentadas en relación a la calidad de vida frente a la salud oral, a nivel nacional existen pocos estudios que den cuenta de esta interacción y a nivel global los que se han realizado hasta el momento, ya se empiezan a traducir en nuevas políticas en la materia, evidenciando la necesidad de realizar este tipo de estudios en el país.

De acuerdo a lo anteriormente expresado surgen las siguientes preguntas:

¿Cuál es la prevalencia de patología oral en niños de 8 a 10 años y su relación con la calidad de vida relacionada con la salud oral?

¿Qué nivel de correlación existe en la estimación de la calidad de vida relacionada con la salud oral entre los niños de 8 a 10 años y la percepción de sus padres y cuidadores?

1.2 Marco teórico y Estado del arte

La calidad de vida es un concepto multidimensional, en el que se incluye el estilo de vida, vivienda, economía, satisfacción en la escuela o en el empleo y se conceptualiza de acuerdo a un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de una persona a otra y de un lugar a otro, por lo que está basado en el subjetivismo. En este contexto, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar experimentado por las personas y representado en la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien e incluye tanto dimensiones positivas como negativas (22, 23)

De esta definición multidimensional de salud se deriva inicialmente el concepto de calidad de vida relacionado con la salud - CVRS. Este agrupa, tanto los elementos que forman parte del individuo como aquellos externos que interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud (9).

Según Schalock, la importancia de investigar sobre la Calidad de Vida se debe a que el concepto emerge como un principio organizador y puede ser aplicable para la mejorar la sociedad, que constantemente se ve sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. El autor afirma que la verdadera utilidad del concepto se percibe sobre todo en los servicios humanos, inmersos en una "Quality revolution" que propone la planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyos y de técnicas de mejora de la calidad. (9)

En este sentido, el concepto puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general o grupos específicos.

La calidad de vida, también tiene que ver directamente con los cambios demográficos, pues a medida que en las sociedades desarrolladas se ha ido

reduciendo la mortalidad prematura, los indicadores de «cantidad de vida» tales como la esperanza de vida, han perdido sensibilidad para monitorizar la salud de la población. (24)

La calidad de vida cobra relevancia en la salud, por la complejidad, e interdependencia entre factores individuales y sociales que intervienen en los procesos salud-enfermedad, dado que no dependen exclusivamente de las personas, sino de las interacciones entre la persona y su entorno; este favorece la aparición de enfermedades y dificulta o facilita que la persona enferma reciba tratamientos adecuados, controle su enfermedad y se recupere.

Personas con más recursos y mejores condiciones de vida tienen menos posibilidades de enfermarse y, en contraste, personas con menos recursos y peores condiciones de vida tienen más posibilidades de enfermarse (25). Incorporar la calidad de vida en relación con la salud - CVRS en las decisiones clínicas y de planificación requiere que se incorporen instrumentos de medición específicos en el tema para avanzar en la racionalidad de las decisiones en ambos niveles. (26)

Dan cuenta de ello múltiples estudios que muestran la utilidad en la estimación de las distintas subescalas de CVRS y de los componentes sumariales físico y mental que brindan una visión de conjunto de la calidad de vida relacionada con la salud; realizar la estimación de escalas de calidad de vida permite adoptar decisiones frente al cuidado pediátrico y del adolescente, convirtiendo a estos instrumentos en referentes del estado de salud. (26, 27)

Mejorar la Calidad de Vida es actualmente una meta compartida por muchos programas que ponen el acento en la planificación centrada en el individuo, la autodeterminación, el modelo de apoyos, y las técnicas para mejorar la calidad en el desempeño. (28)

La salud oral es un componente importante de la salud general e incide en la calidad de vida. La enfermedad oral crea una importante carga para la salud

pública en todo el mundo y recibe una atención insuficiente en muchos países de ingresos bajos y medios (29)

Históricamente enfermedades de la cavidad oral se han examinado por separado del resto del cuerpo; sin embargo, recientemente se han hecho esfuerzos para reconocer la salud oral como parte integrante de la salud general, no solo por las funciones de la cavidad oral que intervienen en la vida diaria, tales como la ingesta de alimentos, el habla, el contacto social y la apariencia, si no por los efectos que pueden tener sus patologías a nivel sistémico. Una mala salud bucodental tiene por lo tanto el potencial de comprometer la calidad de vida, el dolor bucal puede producir disminución de la ingesta de alimentos a causa de la condición dental deficiente y puede causar un bajo crecimiento en los niños y afectar su estado nutricional. El dolor también puede tener un impacto negativo en las relaciones sociales y los niños no pueden obtener el máximo beneficio de su educación si sufre de dolor e incomodidad (30). En la medida que los individuos disponen de una buena condición de salud bucal que les permite hablar, masticar, reconocer el sabor de los alimentos, sonreír, vivir libres de dolor e incomodidad y relacionarse con otras personas con tranquilidad; mejora su percepción de calidad de vida (23).

La calidad de vida puede ser analizada en dos direcciones, la primera como percepción subjetiva con relación a un sistema de valores y un contexto sociocultural, que daría como resultado el grado de satisfacción con su boca y su funcionalidad; dan cuenta de esto varios estudios que evalúan el impacto de la salud bucal en la calidad de vida, principalmente a través de indicadores que miden aspectos relacionados con la limitación funcional, el dolor, la incomodidad o incapacidad psicológica, física o social y perjuicios generales (32, 33, 34).

Un segundo componente hace referencia a una situación de salud enmarcada dentro de un contexto social e histórico que tiene en cuenta la capacidad de las personas para acceder a oportunidades para el desarrollo, así como acceso a programas y estrategias en atención primaria, entre otras (35, 36, 37).

Según informes de la Organización Mundial de la Salud, la caries dental es considerada la enfermedad más común de la infancia (1, 20); y tiene un impacto negativo sobre la vida de los niños, en términos de mayor experiencia de sensación de dolor, dificultad para masticar, disminución del apetito, pérdida de peso, dificultad para dormir, alteración en el comportamiento (irritabilidad y baja autoestima), pérdida de días de escuela y/o disminución del rendimiento escolar (38)

Adicionalmente los niños con caries dental a una edad temprana son más propensos a desarrollar caries en la dentición permanente, con diversas consecuencias en su salud general. (39)

El impacto que producen las mal oclusiones dentarias se refleja principalmente a nivel psicosocial, por la dificultad de sonreír debido a la mala posición de los dientes y es considerado uno de los motivos de mayor impacto en la CVRSB de los niños (40).

Diversos estudios centrados en niños y adolescentes han confirmado que las enfermedades orales que pueden tener mayor impacto negativo en la calidad de vida, son lesiones de caries y maloclusiones (41, 42).

La prevalencia de enfermedades orales en niños Colombianos según los resultados del III ENSAB (1998), Caries (COP-D) en dentición primaria, los resultados muestran que el 60.4% de los niños de 5 años tenía historia de caries, proporción que aumento a 73.8% a los 7 años y descendió a 13% a los 12 años como efecto de la exfoliación dentaria; la prevalencia de caries fue de 54.8% a los 5 años y de 63.8% a los 7 años en tanto el índice ceo-d fue de 3.0 a los 5 años sin incrementos importantes a los 6 y 7 años presentándose un promedio de dientes temporales sanos de 16.3 a la misma edad (43). En la dentición permanente: la caries se presenta a los 7 años en el 19.9% de los niños y a los 12 años en el 71.9%; en la adolescencia entre 15 a 19 años la proporción aumenta a 89.5%. Con relación a la prevalencia de caries la tendencia es muy similar a la historia de caries, a los 12 años el 57% de los

niños tiene una o más lesiones cavitarias no tratadas y la proporción sigue aumentando con la edad.

Con relación a la gingivitis, en el ENSAB III (1998) se observa que los niños presentaron al menos un marcador periodontal (sangrado gingival / cálculo) y el 60.9% los niños de 12 años presentó sangrado y cálculos simultáneamente (10).

Se han desarrollado instrumentos genéricos para relacionar la calidad de vida con las diferentes patologías en los niños; de la misma manera, existen una variedad de instrumentos específicos que relacionan la calidad de vida con la salud oral; sin embargo, la mayor cantidad de estudios relacionados con calidad de vida se presentan en población adulta por la dificultad de realizar las mediciones y la validación (44).

El desarrollo integral del niño en sus aspectos cognitivo, emocional, social y lingüístico depende de la edad, de tal manera, que el auto concepto y la concepción de la salud estarán implicados con ella. La edad de los seis años marca el cambio a la capacidad del niño al pensamiento abstracto, al auto concepto y la incorporación de la estética. De la misma manera, la comprensión también se ve influenciada por el género, siendo las niñas las que manifiestan una calidad de vida afectada. (23)

Las condiciones de la cavidad oral no solo afectan los niños, si no, también tiene implicaciones en los padres; por lo tanto, deben ser también registradas como parte de la evaluación de calidad de vida relacionada con la salud oral de los niños. (23)

En las últimas tres décadas en la medicina se ha incrementado el uso de instrumentos para medir la salud relacionada con la calidad de vida, y para la odontología también se han presentado un crecimiento en número de instrumentos para medir la salud oral relacionada con la calidad de vida. Hasta el año 1997 se habían desarrollado diez instrumentos, en los que encontramos: Social impacts of dental Disease, General Geriatric Oral Health

Assessment index (GOHAI), Dental Impact Profile (DIP), Oral health impact profile (OHIP), oral impacts on daily performances (OIDP), subjective oral Health status indicators (SOHSI), Oral health related quality of life measure, dental impact on daily living (DIDLS), Oral health Quality of life inventory, Rand Dental Questions; posterior al año 1997 se desarrollaron OHQoL-UK, Child Oral Health Quality of life questionnaire (COHQoL), Child OIDP, OHRQOL for dental hygiene, Orthognathic QOL Questionnaire, Surgical Orthodontic Outcome questionnaire (SOOQ)(53)

Los instrumentos que actualmente se utilizan para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral y cuya validez y confiabilidad fueron comprobados en estudios, se pueden dividir en cuestionarios respondidos por los niños y los respondidos por los padres, dentro de los cuales encontramos: Early Childhood Oral Health Scale (ECOHIS), Child perceptions Questionnaire (CPQ 6-7, CPQ8-10, CPQ11-14) Daily Performances Index (Child OIDP) (18, 23).

De los instrumentos que se han utilizado para verificar el impacto de las alteraciones en la percepción de calidad de vida en niños y en adolescentes, y la relación del estilo de vida y el ambiente social también son clasificados como genéricos : Oral Health Impact Profile (OHIP), Oral Impact on daily performance (OIDP), Child Perceptions Questionnaire (CPQ 11-14), y específicos : Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS), Child Oral Health Quality of life (COHQoL), Orthognathic Quality of Life Questionnaire.

Todos los instrumentos han sido desarrollados en países con idioma inglés, influenciados por diferencias conceptuales y culturales. La aplicación de los mismos en otros países con diferencias sociales requerirá validación cultural y de lenguaje. (44)

En la recolección de la información del presente estudio sobre percepción se utilizó un instrumento de salud oral relacionada con calidad de vida COHQoL (50,51), con una validación lingüística en español específica para grupos de edad de 8 a 10 años desarrollada por Téllez y col. (18), el instrumento incorpora percepción de niños y padres y es sensible para los niños en los

aspectos cognitivo, social y emocional, con un alfa de Cronbach de 0.89 (49,50); el instrumento ha sido utilizado en diferentes países, traduciéndolo de su idioma original Inglés a otros como mandarín, danés y español, encontrándose una consistencia interna (confiabilidad) expresada en valores de alfa de Cronbach superiores a 0.80 (60,65).

Con relación al Contexto legal que enmarca estos estudios; la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño se aprobó el 20 de noviembre de 1989 y en ella los dirigentes mundiales decidieron que los niños y niñas debían de tener una Convención especial destinada exclusivamente a ellos, ya que los menores de 18 años precisan de cuidados y protección especiales, que los adultos no necesitan. De acuerdo con los estándares internacionales, los Estados deben actuar oportuna y eficazmente ante las situaciones de vulneración de derechos de los niños y estos deben primar sobre los de los adultos. (45)

En Colombia, el Estado se ha suscrito a los tratados internacionales en pro de la infancia y asume como compromiso social prioritario el bienestar de los niños y niñas; por ende está implícito el reconocimiento de las problemáticas de salud, las cuales redundan en el bienestar general de los niños.

El artículo 44 de la Constitución Nacional expone los derechos fundamentales de los niños, y consagra que la familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. (46)

Además de los derechos consagrados en la Constitución, se debe velar por que se cumplan las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.

Ley 1098 de 2006, tiene por finalidad garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión.

Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna. (47)

El Ministerio de Protección Social de Colombia publicó la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones de crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años, el cual busca brindar pautas para la atención integral de la calidad para el niño sano menor de 10 años en todo el territorio nacional, a fin de disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad (14).

Por lo tanto actualmente en salud se han venido realizando grandes esfuerzos y avances por lograr la reducción en la mortalidad infantil, atención a las mujeres en gestación, control para reducir el riesgo de morir en la población menor de un año de edad. Al mismo tiempo, al disminuir la tasa de mortalidad infantil, juvenil, se ha estimado que el panorama de la esperanza de vida continúe creciendo en el corto y mediano plazo, debido a que se esperan mejores condiciones en calidad de vida de la población en general, lo cual va directamente relacionado con el crecimiento y desarrollo socioeconómico y cultural de nuestro país (48).

2. OBJETIVOS

2.1. General

Determinar la prevalencia de patología oral y correlacionar las condiciones de salud Oral en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en niños de 8 a 10 años de edad en la ciudad de Cartagena.

2.2. Específicos

2.2.1. Determinar la prevalencia de patología oral en los niños sujetos de estudio.

2.2.2. Determinar la percepción de calidad de vida relacionada con la salud oral en niños y padres.

2.2.3. Correlacionar la estimación de calidad de vida relacionada con la salud de los niños y entre padres e hijos.

3. APROXIMACION METODOLOGICA

3.1 Diseño

El estudio emplea un diseño transversal, obtenido a partir de encuestas que estimaron la calidad de vida relacionada con la salud oral y la aplicación de un examen clínico para establecer un diagnóstico de patología oral (índice COPD, Inflamación gingival). Este estudio dada su naturaleza y objeto no permite establecer causalidad, sin embargo permite estimar medidas que relacionen estadísticamente el efecto con las variables independientes.

3.2 Población

La población estaba conformada por los todos los pacientes niños entre 8 y 10 años de edad que fueron atendidos por los estudiantes de VII a X semestre en sus prácticas clínicas en los diferentes escenarios formativos, del área de influencia del programa de odontología de la Corporación Universitaria Rafael Núñez; la población elegible fueron todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión definidos en el estudio.

3.3 Muestra

Características de la muestra

Criterios de inclusión:

Pacientes de 8 a 10 años que asistieron a las prácticas clínicas en los diferentes escenarios formativos, del área de influencia del programa de odontología de la Corporación Universitaria Rafael Núñez y cuyos padres/cuidadores e Instituciones aceptaron por escrito en el consentimiento informado, su participación en el estudio.

Criterios de exclusión:

Pacientes con deficiencias cognitivas, problemas psíquicos o alteraciones mentales que impedían el diligenciamiento de la encuesta y desarrollo del examen clínico.

Para el tamaño de la muestra se calculó según fórmula estadística para población conocida, con una confianza del 95%, un ajuste del 10% donde se tomaron como frecuencias esperadas la prevalencia de caries dental según (ENSAB III 1998) Q, un error tipo I del 5%, poder del 80%, lo que arrojó una muestra total de 174.

3.4 Instrumentos de recolección de la información

Los instrumentos seleccionados para recoger la información son el “Child Oral Health Related Quality of Life Questionnaire” dirigido a niños de 8 a 10 años de edad, que consta de 29 ítems divididos en categorías de información sociodemográfica, percepción de salud oral, percepción de sentimientos, percepción relacionada con actividades escolares y percepción de relaciones interpersonales; y el “Child Oral Health Related Quality of Life Questionnaire” dirigido a los padres/cuidadores y el cual consta de 49 ítems divididos en las mismas categorías mencionadas anteriormente.

Estos instrumentos fueron validados en una población canadiense por Aleksandra Jokovic y colaboradores (50, 51) y para Colombia los dos instrumentos fueron validados lingüísticamente por Téllez y colaboradores, mediante los siguientes pasos: “a- Traducción reversa (inglés, español, inglés), b- Análisis de contenido por parte de 2 odontólogos pediatras, c- Prueba piloto del instrumento en español (n: 90 niños de 8 a 10 años y sus padres y/o acudientes de características similares a las de la población de estudio, para determinar dificultades con la composición lingüística y la validez de apariencia, d- Administración del cuestionario a la población piloto por segunda vez para evaluar reproducibilidad y Revisión final del instrumento” (18)

El instrumento para la recolección del estado de salud oral es el índice de COPD.

El índice fue propuesto por Klein y Palmer. Se define de la siguiente manera:

C: número de piezas permanentes que presentan caries.

O: número de piezas permanentes obturadas.

P: número de piezas permanentes perdidas por caries y/o con indicación de extracción por caries.

El valor individual del índices C.O.P. Corresponde a la suma de los dientes cariados, obturados, perdidos o con indicación de extracción. El valor del grupo corresponde al promedio de los valores individuales de los integrantes del grupo.

3.5 Recolección de la información:

Se empleó una encuesta diseñada y adaptada para niños de 8 a 10 años, estandarizada en Colombia. El instrumento determinó edad en año, sexo, acompañada de dibujos para la medición de calidad de vida en salud oral de acuerdo a sus dimensiones; posteriormente se valoró la condición de salud oral a partir del índice COP, para los padres se empleó una encuesta diseñada y adaptada para Colombia.

Previo al proceso de ejecución del proyecto se solicitó consentimiento de los padres/cuidadores y consentimiento por parte de las Instituciones. Los datos se tomaron de fuente mixta; la fuente primaria, estuvo constituida por los pacientes niños de 8 -10 años de edad que asistieron a las prácticas formativas de los estudiantes de VII a X semestre del área de influencia del programa y por la información recolectada con los padres/cuidadores, quienes diligenciaran los cuestionarios seleccionados para desarrollar el presente estudio.

La secundaria se realizó con un examen clínico intraoral para establecer el índice de COP y la presencia de gingivitis. El examen clínico se realizó por personal entrenado y calibrado, con la ayuda de un espejo bucal plano N°5 sin aumento, los datos obtenidos se registraron en una ficha clínica, en la que se incluye información adicional al COP y como la presencia gingivitis u otras patologías presentes al momento del examen.

3.6 Variables:

Independientes: Socio demográficas: Edad, sexo, nivel socioeconómico, estado civil de los padres, nivel educativo de los padres y régimen de salud.

Edad: Está definida como el tiempo cumplido en años desde el nacimiento hasta la recolección de la información. Es una variable de naturaleza cuantitativa, por ser una variable numérica se mide con una escala de razón.

Sexo: Se considera la condición biológica. Es una variable de naturaleza cualitativa, la respuesta son hombre o mujer; lo que la hace una variable categórica que se mide con la escala nominal.

Nivel socioeconómico: Estrato: Las respuesta para esta variable de tipo cualitativa son estratos: 1, 2, 3, 4, 5, 6, esta variable se define por el nivel de estrato registrado en el recibo de energía de la casa, y se mide con una escala de tipo ordinal.

Nivel educativo: Se desarrolla esta variable teniendo como base el nivel más alto de instrucción alcanzado por la persona, dentro del sistema formal de enseñanza. Es una variable de tipo cualitativa, cuyas respuestas son: Primaria, Secundaria, Técnico, Tecnológico, Universitario, Postgrado; evaluándose en una escala ordinal.

Estado Civil: Se estima el estado civil como el conjunto de situaciones jurídicas que relacionan a cada persona con la familia donde proviene o la familia que ha formado, es una variable cualitativa con escala la medición nominal. Las opciones de respuestas posibles son: Soltero, Casado, Viudo, Separado, Unión libre.

Régimen de Salud: La respuesta a esta variable de tipo cualitativo, son subsidiado o contributivo, se mide en escala nominal.

Estado de salud oral: Presencia de caries dental y gingivitis.

Caries dental: Presencia o ausencia de caries dental, se mide por el grado destrucción o pérdida dental, es una variable de naturaleza cuantitativa, por ser una variable numérica se mide con una escala de razón.

Gingivitis: Se considera la presencia o ausencia de gingivitis, es una variable cualitativa con escala la medición nominal.

Dependiente:

Percepción de calidad de vida en niños de 8 – 10 años: Variable de naturaleza cualitativa con escala de medición ordinal, donde se evalúa percepción de salud oral, percepción de sentimientos, percepción relacionada con actividades escolares y percepción de relaciones interpersonales

Percepción de calidad de vida en padres/ acudientes: Variable de naturaleza cualitativa con escala de medición ordinal, donde se evalúa percepción de salud oral, percepción de sentimientos, percepción relacionada con actividades escolares y percepción de relaciones interpersonales.

3.7 Análisis Estadístico

Para el análisis e interpretación de la información, los datos se organizaron y depuraron en el programa EXCEL versión 2013 para Windows, luego se procesaron los datos en el software de análisis estadístico SPSS 21.

Primera Fase: El análisis descriptivo se realizó para los niños. De forma inicial se estimó la prevalencia de patología oral y las características demográficas de acuerdo con la naturaleza de la variable. Además, se describieron la distribución de las variables dependientes e independientes. Para las dependientes de calidad de vida relacionada con la salud oral, dicha variable se transforma a puntuación en donde se estima media y desviación estándar para cada uno de los componentes de esta variable (percepción de salud oral, percepción de sentimientos, percepción relacionada con actividades escolares y percepción de relaciones interpersonales) y se presentaron de manera global y desagregados para las variables independientes: grupo de edad, sexo. Con respecto a los padres se presenta el resumen de características según la naturaleza de la variable, para las variables cualitativas se emplearon medidas de frecuencia y su respectivo intervalo de confianza al 95% y en las variables cuantitativas en medidas de tendencia central y de dispersión y dado el tamaño

obtenido se agrega distribución teniendo en cuenta la mediada a fin de valorar menor dispersión de la estimación.

Segunda Fase: Para el análisis de la correlación entre las percepciones de niños y padres, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

3.8 Consideraciones Éticas: Los aspectos éticos se adecuaron a las recomendaciones para investigación biomédica de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y de las normas científico técnicas y administrativas para la investigación en salud resolución No. 008430 de 1.993 emanada del Ministerio de Salud en su título II Capítulo I sobre los aspectos éticos de la investigación en humanos Artículos 5 al 11. Este es un estudio de riesgo mínimo como lo estipula la resolución No. 008430 de 1.993 y la ley 84 de 1989.

Este estudio obtuvo la aprobación del comité de ética en investigación de la Corporación universitaria Rafael Núñez; dado que se trabajó con datos recogidos de tipo retrospectivo, se adjunta la carta de aprobación (Anexo 2).

Se incluye el modelo de consentimiento informado para los padres y a los niños se les presentó de manera oral (Anexo 3).

4. RESULTADOS

La muestra de sujetos de estudio se calculó en 174 niños de 8 a 10 años y sus padres o acudientes, se amplió el tamaño muestral en un 35% previendo la pérdida al momento de diligenciar la encuesta, en especial por parte de los padres; la tasa de respuesta de los niños fue del 92% y de los padres del 52% (Figura 1).

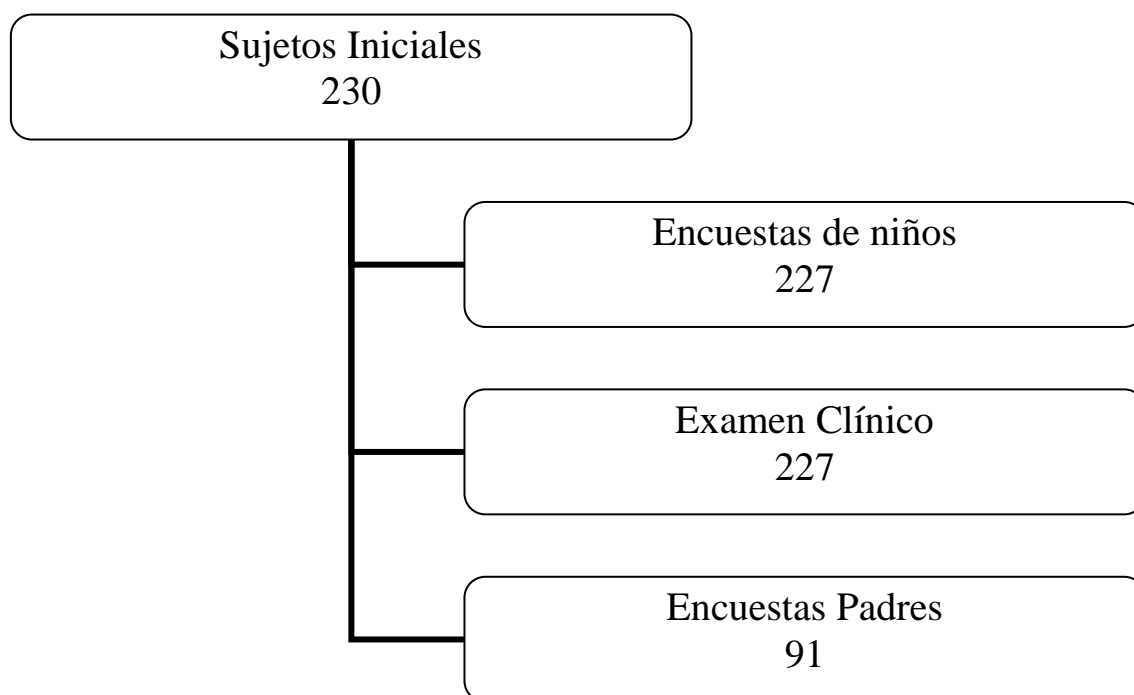


Figura 1. Sujetos Estudio

Fase Uno: Análisis Descriptivo

4.1 Características sociodemográficas de los sujetos de los sujetos:

De los 227 niños, el 54,19% correspondió a las niñas, con respecto a la edad del grupo de estudio, la frecuencia modal fue de 8 años, la mediana de 9 y el promedio de 8,8 años, lo que permite expresar una concentración de la edad (Tabla 1).

TABLA 1. Variables sociodemográficos de los niños

SEXO	n (227)	%
Masculino	104	45,81
Femenino	123	54,19

EDAD		%
8	90	39,6
9	82	36,6
10	55	24,2
EDAD	MEDIA	DE
	8,8	0,78

Fuente Propia

Con respecto a la muestra de los padres que voluntariamente respondieron, se aprecia que la mayor participación corresponde a las madres en un 89%, probablemente porque se asume que ellas son quienes llevan a sus hijos a consulta odontológica. El promedio de edad de los padres es de 36 años ($\pm 7,3$); el estrato predominante en esta submuestra corresponde al estrato 1, aproximadamente el 67% corresponde a los estratos 1 y 2 y un 23 % no aparece respuesta en el cuestionario o no responde. El nivel educativo con el mayor porcentaje es la secundaria, seguido de un 51% del nivel técnico y tecnológico, un 25% de los participantes no respondió; y en cuanto al régimen de salud, el 41% se identifica que pertenece al subsidiado y un 35% no respondió. El estado civil predominante es la unión libre, lo que se asumiría que viven en pareja el 52% de la población aproximadamente y un 25% que no respondieron. (Tabla 2).

TABLA 2. Características sociodemográficas de los padres

SEXO		%
Masculino	10	10,99
Femenino	81	89,01
EDAD	MEDIA	DE
	35,94	7,35
NIVEL SOCIOECONOMICO	n(91)	%
1	39	42,86
2	22	24,18
3	7	7,69
4	2	2,20
No Sabe/ No Responde	21	23,08
NIVEL EDUCATIVO		%
Primaria	15	16,48
Secundaria	30	32,97
Técnico	17	18,68

Tecnológico	3	3,30
Universitario	2	2,20
Postgrado	1	1,10
No sabe/ No responde	23	25,27
REGIMEN DE SALUD		%
Subsidiado	38	41,76
Contributivo	21	23,08
No sabe/ No responde	32	35,16
ESTADO CIVIL		%
Soltero	13	14,29
Casado	11	12,09
Viudo	0	0,00
Separado	8	8,79
Unión Libre	36	39,56
No Sabe / No responde	26	25,27

Fuente Propia

4.2 Prevalencia patología oral:

La prevalencia de caries dental en los niños fue del 67,84%, el COP promedio fue 2,63 ($\pm 2,9$); al analizar el COP por sexo, se encontró un mayor número de niñas con historia de caries y un COP por debajo de 2,3; de los otros mórbidos detectados en la consulta odontológica, el 19,38% presento gingivitis, el 25,99% fluorosis y el 7,49% otra patología oral, siendo la maloclusión la de mayor frecuencia (Tabla 3).

Tabla 3. Prevalencia de Patología Oral

PATOLOGIA ORAL					
	Muestra (227)	%	M	F	
Caries Dental					
SI	154	67,84	70	84	
NO	73	32,16	34	39	
GINGIVITIS					
SI	44	19,38	21	23	
NO	183	80,62	83	100	
FLUOROSIS					
SI	59	25,99	28	31	
NO	168	74,01	76	92	
MALOCLUSION					
SI	17	7,49	6	11	
NO	210	92,51	98	112	

Fuente Propia

4.3 *Percepción de la calidad de vida relacionada con salud oral en los niños:*

Al analizar de manera general las respuestas en el instrumento “Child Oral Health Related Quality of Life Questionnaire” los indicadores de los diferentes factores, el mayor porcentaje de niños considero como respuesta “no” y la segunda respuesta en frecuencia fue “algunas veces”. Para la percepción en salud oral el 55,9% de los niños reporto la acumulación de comida en los dientes, 48% el dolor dental al tomar bebidas frías o calientes, y el 43,17% mal aliento; en la percepción de sentimientos el 33% de los niños se muestra preocupado por sus dientes y en la percepción de relaciones interpersonales el 24% manifestó que en el último mes le habían preguntado por sus dientes (Anexo 9.6).

Para evaluar la percepción se puntuó la encuesta teniendo en cuenta cada factor y la sumatoria de los ítems de cada uno, puntuaciones crudas mínimas y máximas posibles y el máximo recorrido posible de la puntuación cruda, la fórmula de escala se expresó así: $[\text{puntuación real cruda} - \text{puntuación cruda más baja posible} / \text{máximo recorrido posible de la puntuación cruda}] \times 100$. Las puntuaciones resultantes dan cuenta que valores cercanos al 100% presentan una mejor percepción.

Al analizar los datos arrojados para la percepción de calidad de vida relacionada con salud oral de los niños, teniendo en cuenta las variables de sexo y edad, para los cuatro factores, los valores más altos se presentaron para la edad de los 9 años y el sexo masculino. Sin embargo, de manera general se observan puntuaciones altas, cuyo valor más bajo fue de 80,58 y el más alto 97,33. El factor de percepción relacionada con actividades escolares fue quien mejor se comportó en puntuación y el menor fue la percepción de salud oral. (Tabla 4)

Al relacionar las puntuaciones entre niños y niñas se observan diferencia significativa en los niños, que muestran una mejor puntuación que las niñas, en el componente de percepción de sentimientos ($p=0,031$), sin embargo en los restantes componentes no se alcanza diferencia a pesar que los niños muestran puntuaciones más altas que las niñas en actividades escolares ($p=$

0,99); relaciones interpersonales ($p=0,13$), y percepción de salud oral ($p=0,5$). Con respecto a la edad no se encontró diferencias significativas en las tres edades, percepción de sentimientos ($p=0,68$), actividades escolares ($p= 0,71$); relaciones interpersonales ($p=0,83$), y percepción de salud oral ($p=0,92$).

TABLA 4. Percepción de calidad de vida relacionada con salud oral de los niños

		n (227)			
	VARIABLES		n	X	IC 95%
PERCEPCION SALUD ORAL	EDAD	8	90	80,74	(78,17 - 83,30)
		9	82	81,47	(78,96 - 83,99)
		10	55	81,06	(77,66 - 84,46)
	SEXO	Masculino	104	81,67	(79,34 - 83,94)
		Femenino	123	80,58	(78,43 - 82,74)
PERCEPCION SENTIMIENTOS	EDAD	8	90	88,27	(85,32 - 91,22)
		9	82	89,93	(86,59 - 93,28)
		10	55	87,90	(83,30 - 92,51)
	SEXO	Masculino	104	91,15	(88,72 - 93,58)
		Femenino	123	86,78	(83,76 - 89,81)
PERCEPCION RELACIONADA CON ACTIVIDADES ESCOLARES	EDAD	8	90	96,25	(94,45 - 98,04)
		9	82	97,33	(95,96 - 98,69)
		10	55	93,60	(93,60 - 99,98)
	SEXO	Masculino	104	96,75	(94,81 - 98,69)
		Femenino	123	96,74	(95,43 - 98,05)
PERCEPCION DE RELACIONES INTERPERSONALES	EDAD	8	90	92,68	(89,86 - 95,50)
		9	82	93,75	(90,80 - 96,69)
		10	55	93,78	(90,23 - 97,34)
	SEXO	Masculino	104	94,79	(92,80 - 96,78)
		Femenino	123	92,10	(89,36 - 94,85)

4.4 Percepción de los padres sobre la calidad de vida relacionada con la salud oral de sus hijos:

El instrumento seleccionado para recoger la información fue el “Child Oral Health Related Quality of Life Questionnaire” dirigido a los padres/ consta de 49 indicadores divididos en cuatro factores, percepción de salud oral, percepción de sentimientos, percepción relacionada con actividades escolares y percepción de relaciones interpersonales. Al analizar de manera general las respuestas de los indicadores por factor, el mayor porcentaje de padres se

consideró como respuesta “nunca” y la segunda respuesta en frecuencia fue “algunas veces”, con excepción del indicador 4 del factor de percepción de relaciones interpersonales, donde a pesar que el mayor porcentaje de respuesta fue “nunca” , se presentó un porcentaje superior a las otras respuestas “¿Durante los últimos tres meses, por razones relacionadas con la boca/ dientes de su hijo, que tan frecuente usted u otro miembro de su familia se ha: Tomado tiempo del trabajo para cumplir citas odontológicas?, en donde el 49% respondió “nunca”, el 23% “algunas veces”, el 15% “una o dos veces” y el 9% Frecuente.

Con relación a la percepción de salud oral el 50% de los padres reporto que se le atascaba la comida en los dientes de sus hijos, por lo menos una vez en los últimos tres meses, dolor dental o en la boca el 41% y necesidad de más tiempo para comer el 38%; con relación a la percepción de sentimientos, el 31% manifestó que sus hijos se sentían molestos a causa de sus dientes, en la percepción relacionada con las actividades escolares el 26% actuaba de manera tímida y en la percepción de las relaciones interpersonales el 24% manifestó requerir tiempo para cumplir las citas odontológicas. (Anexo 9.7)

Con respecto a las dimensiones de manera global, se observan que la puntuación de los padres es menor a la reportada por los niños, a pesar de tener promedios por encima de 80, con excepción de los padres entre 19 y 24 años, cuyo promedio está en 77,34; se observa una mejor puntuación sobre percepción de calidad de vida relacionada con el factor de salud oral, en los padres de 46 a 50 años, de sexo femenino, estrato 3, nivel educativo postgrado, pertenecientes al régimen subsidiado y estado civil casado. (Tabla 5)

TABLA 5. Percepción de los padres sobre la calidad de vida relacionada con salud oral de los niños

VARIABLES	n (91)				
		n	X	Desviación Típica	Mediana
EDAD	19 - 24	2	77,34	12,15	77,34
	25 - 35	24	83,13	12,04	86,71
	36 - 45	26	82,33	10,65	83,59
	46 - 50	2	94,53	5,52	94,53
	51 - 58	2	90,62	8,83	90,62
SEXO	Masculino	10	82,65	13,61	82,03
	Femenino	81	84,78	10,68	87,50
ESTRATO SOCIO ECONOMICO	1	39	82,61	11,03	85,93
	2	22	85,86	11,83	89,84
	3	7	87,94	7,14	87,50
	4	2	87,50	13,25	87,50
	NR	21	85,34	11,16	84,37
NIVEL EDUCATIVO	Primaria	15	82,50	8,29	81,25
	Secundaria	30	84,84	10,77	86,71
	Técnica	17	79,31	13,53	82,81
	Tecnológica	3	86,45	0,90	85,93
	Universitaria	2	85,93	2,20	85,93
	Postgrado	1	96,87	0,00	96,87
	NR	23	88,45	10,69	90,62
REGIMEN DE SALUD	Subsidiado	38	84,12	11,17	85,93
	Contributivo	21	82,14	10,84	84,37
	NR	32	86,62	10,77	87,50
ESTADO CIVIL	Soltero	13	83,05	10,38	85,93
	Casado	11	84,23	11,68	82,81
	Separado	8	82,81	14,63	85,93
	Unión Libre	36	83,68	11,45	86,71
	NR	23	87,50	9,06	87,50

Con respecto a la edad la percepción de los padres relacionada con la percepción de sentimientos de los niños, la mayor puntuación se aprecia en los padres con edades de 19 a 24 y de 46 a 50. Los padres muestran una mayor puntuación que las madres. Con respecto al estrato socioeconómico se aprecian puntuaciones parecidas mientras que quienes no responden al nivel de estrato se aprecian mayor y mejor puntuación. Las puntuaciones con el régimen de salud, los de régimen subsidiado muestran mejor puntuación que los del contributivo y los que no responden el tipo de régimen que pertenece arrojan una mejor puntuación y con respecto al estado civil de los padres, los padres o madres solteros /as muestran mejor puntuación comparada con los

otros y quienes no responden acerca de su estado civil muestran mejor puntuación que los solteros. (Tabla 6)

TABLA 6. Percepción de los padres sobre la calidad de vida relacionada con percepción de sentimiento de los niños

VARIABLES	n (91)				
		n	X	Desviación Típica	Mediana
EDAD	19 - 24	2	95,83	5,89	95,83
	25 - 35	24	84,37	24,61	100,00
	36 - 45	26	85,25	19,04	100,00
	46 - 50	2	95,83	5,89	95,83
	51 - 58	2	91,66	11,78	91,66
SEXO	Masculino	10	90,00	18,34	100,00
	Femenino	81	87,75	18,63	100,00
ESTRATO SOCIO	1	39	85,68	21,37	100,00
ECONOMICO	2	22	88,63	17,35	100,00
	3	7	86,90	21,43	100,00
	4	2	83,33	23,57	83,33
	NR	21	92,46	12,61	100,00
NIVEL EDUCATIVO	Primaria	15	84,44	19,63	100,00
	Secundaria	30	93,61	11,92	100,00
	Técnica	17	77,94	26,67	83,33
	Tecnológica	3	94,44	9,60	100,00
	Universitaria	2	62,50	29,46	62,50
	Postgrado	1	66,66	0,00	66,66
	NR	23	92,75	12,88	100,00
REGIMEN DE SALUD	Subsidiado	38	87,71	21,98	100,00
	Contributivo	21	85,31	16,64	83,33
	NR	32	90,10	15,18	100,00
ESTADO CIVIL	Soltero	13	93,58	11,36	100,00
	Casado	11	84,84	18,56	91,66
	Separado	8	88,54	13,31	91,66
	Unión Libre	36	84,72	23,44	100,00
	NR	23	91,30	13,87	100,00

Los puntajes más altos de promedios en la percepción de los padres sobre la calidad de vida relacionada con las actividades escolares de los niños, en la edad comprendida entre los 51 a 58 años, sexo femenino, estrato 3, nivel educativo de postgrado, de régimen subsidiado, solteros. Los promedios para esta percepción se encuentran por encima de 90, con excepción del grupo de padres con estado civil separados, con un promedio de 89,16.

TABLA 7. Percepción de los padres sobre la calidad de vida relacionada con percepción relacionada con actividades escolares de los niños

VARIABLES	n (91)				
		n	X	Desviación Típica	Mediana
EDAD	19 - 24	2	93,33	9,42	93,33
	25 - 35	24	94,23	10,16	100,00
	36 - 45	26	92,17	10,24	98,33
	46 - 50	2	99,16	1,17	99,16
	51 - 58	2	100,00	0,00	100,00
SEXO	Masculino	10	93,16	10,72	100,00
	Femenino	81	94,34	8,17	96,66
ESTRATO SOCIO ECONOMICO	1	39	94,91	8,36	100,00
	2	22	93,48	7,41	95,83
	3	7	97,61	3,17	100,00
	4	2	95,83	3,53	95,83
	NR	21	92,38	10,75	96,66
NIVEL EDUCATIVO	Primaria	15	90,88	9,06	93,33
	Secundaria	30	95,94	6,39	100,00
	Técnica	17	91,17	12,45	95,00
	Tecnológica	3	97,77	3,84	100,00
	Universitaria	2	95,83	5,89	95,83
	Postgrado	1	98,33	0,00	98,33
	NR	23	95,57	6,71	98,33
REGIMEN DE SALUD	Subsidiado	38	95,52	6,99	100,00
	Contributivo	21	91,34	12,16	96,66
	NR	32	94,53	6,66	96,66
ESTADO CIVIL	Soltero	13	95,76	6,03	98,33
	Casado	11	91,66	8,72	93,33
	Separado	8	89,16	13,80	92,50
	Unión Libre	36	94,39	8,63	100,00
	NR	23	96,01	6,27	98,33

La percepción de los padres sobre la calidad de vida relacionada con la percepción de las relaciones interpersonales de los niños, presentaron promedios por encima de 90, con excepción de los padres con nivel educativo primario cuyo promedio fue de 89,04. Los promedios más altos se presentaron en el grupo de edad de 46 a 50 años, sexo masculino, estrato 3 y 4, nivel educativo tecnológico, régimen de salud subsidiado y estado civil unión libre. (Tabla 8)

TABLA 8. Percepción de los padres sobre la calidad de vida relacionada con percepción de relaciones interpersonales de los niños

	n (91)				
VARIABLES		n	X	Desviación Típica	Mediana
EDAD	19 - 24	2	95,53	1,26	95,53
	25 - 35	24	92,26	10,13	96,42
	36 - 45	26	90,17	9,57	92,85
	46 - 50	2	100,00	0,00	100,00
	51 - 58	2	93,75	8,83	93,75
SEXO	Masculino	10	94,46	5,79	95,53
	Femenino	81	92,32	10,09	96,42
ESTRATO SOCIO ECONOMICO	1	39	90,52	11,64	96,42
	2	22	94,48	4,15	94,64
	3	7	98,21	3,09	100,00
	4	2	98,21	2,52	98,21
	NR	21	91,92	10,90	96,42
NIVEL EDUCATIVO	Primaria	15	89,04	12,82	92,85
	Secundaria	30	92,26	8,54	94,64
	Técnica	17	93,48	9,29	96,42
	Tecnológica	3	97,02	2,72	96,42
	Universitaria	2	91,07	12,62	91,07
	Postgrado	1	96,42	0,00	96,42
	NR	23	93,94	9,98	98,21
REGIMEN DE SALUD	Subsidiado	38	93,79	7,04	95,53
	Contributivo	21	90,56	11,00	92,85
	NR	32	92,41	11,49	96,42
ESTADO CIVIL	Soltero	13	92,44	7,99	94,64
	Casado	11	90,74	9,30	96,42
	Separado	8	90,40	11,53	94,64
	Unión Libre	36	93,05	9,38	96,42
	NR	23	93,47	11,17	100,00

4.5 Correlación de la estimación de calidad de vida relacionada con la salud de entre padres e hijos:

Los datos de correlación nos muestran una correlación débil para cada uno de los componentes, se aprecia una correlación directa entre la percepción de los padres e hijos con relación a salud oral y la percepción de padres e hijos y la percepción de relaciones interpersonales con una $p < 0,01$, mientras que para la percepción de sentimientos y la percepción relacionada con las actividades escolares no guarda correlación significativa. (Tabla 9)

TABLA 9. Correlación de la estimación de calidad de vida relacionada con la salud entre padres e hijos

VARIABLES		n	X	DE	CORRELACION PEARSON
PERCEPCION SALUD ORAL	NIÑOS	227	81,08	12	0,379*
	PADRES	91	84,54	10,97	
PERCEPCION SENTIMIENTOS	NIÑOS	227	88,78	15,21	0,592
	PADRES	91	88,00	18,51	
PERCEPCION RELACIONADA CON ACTIVIDADES ESCOLARES	NIÑOS	227	96,75	8,62	0,026
	PADRES	91	94,21	8,42	
PERCEPCION DE RELACIONES INTERPERSONALES	NIÑOS	227	93,33	13,31	0,272 *
	PADRES	91	92,56	9,7	

* La correlación es significativa al nivel 0,01 (Bilateral)

5. DISCUSION

En revisiones sistemáticas de la literatura se ha evidenciado como las condiciones de salud oral y las intervenciones en cavidad oral tienen implicaciones en la calidad de vida los niños; las intervenciones en salud oral puede mejorar la calidad de vida de los niños, por lo tanto los odontólogos deben identificar sus necesidades y seleccionar los mejores tratamientos (17), los estudios sugieren la relación entre las condiciones orales y la calidad de vida, aunque no han evidenciado la relación directa, esta relación esta mediada por las condiciones sociales y medio ambientales donde se desarrollan los niños (41, 62, 63).

La caries dental es la patología crónica más común en la infancia, la OMS estima que del 60 al 90% de los niños en edad escolar la padecen (7,41), y en las diferentes investigaciones se plantea la hipótesis que la caries dental afecta de manera negativa la calidad de vida por el compromiso y la dificultad para masticar, comer, dormir y favorece el ausentismo escolar (23,41); sin embargo, algunos estudios demuestran que la relación del número de caries y la calidad de vida relacionada con salud oral, se presenta de manera subjetiva, ya que a pesar de la alta prevalencia de caries, estas no afectan las actividades diarias por presentarse en estadios tempranos (61,66, 68).

La prevalencia de caries dental encontrada para el estudio fue del 67,84% con un promedio COPD de 2,63; este valor se estima alto en relación al Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III), a pesar, de que las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad han aumentado en los últimos años en Colombia, así como la cobertura del sistema de salud, se puede inferir la poca utilización de los servicios, probablemente por el desconocimiento del sistema, jornadas de trabajo de los padres lo que no permite su desplazamiento, solo acuden a consulta cuando los niños presentan dolor, dificultad del acceso a las Instituciones y poca oportunidad de acceso a las actividades de promoción, aunado a que más del 50% de los niños del presente estudio pertenecen al régimen subsidiado, siendo una estrategia de equidad, la atención no es oportuna o no existe disponibilidad de recursos (69).

Además, al comparar la prevalencia con el ENSAB III, se encuentra por encima a la reportada a los 7 años la cual fue del 63,8% (10), aunque el COP promedio fue menor; también fue mayor a la reportada en las investigaciones realizados en la ciudad de Cartagena por Díaz y col. (55, 56) donde la prevalencia fue del 51% en 243 escolares de dos instituciones educativas, y a la reportada por Téllez y col (31) la cual fue del 54% en una muestra de 110 niños; sin embargo, al compararla con otro estudio de Díaz y Col (57) en 102 pacientes se encuentra con un valor inferior, ya que la misma fue del 81%, esto puede deberse a que el índice de caries utilizado fue ICDAS, el cual incluye lesiones pre cavitacionales.

Con relación al sexo, la prevalencia de caries presentó diferencias con los estudios de Díaz y Col (55, 56, 57) en donde la mayor prevalencia de caries fue en los niños, caso contrario de esta investigación. Al comparar los resultados de prevalencia con estudios internacionales, encontramos en Cuba el estudio de Luján y soto (58) cuya prevalencia fue de 49,5% menor que la encontrada; igual situación se encuentra en Toledo, España, donde Villaizan y col. reportaron una prevalencia del 43% (59), Robinson y col (66) en Uganda reportó un 68% similar al encontrado en el presente estudio; se puede inferir que el alto valor de prevalencia también es influenciado por los sistemas de salud de los países donde se presta una mayor cobertura y planes de promoción y prevención.

La patología que le siguió en porcentaje a la caries dental, fue la fluorosis en un 25,99%, porcentaje inferior al reportado en Colombia por Ramírez y Col. quienes reportaron para una muestra de 1330 niños en la ciudad de Medellín una prevalencia del 81%, el tamaño de la muestra amplía las posibilidades de encontrar mayor porcentaje de la patología, otros factores como áreas con diferentes fuentes de suministro de flúor, Téllez y col (31) en 110 niños del 100% y Ramos y col. (52) en Cartagena del 30%, al compararlo con investigaciones que miden el impacto de las patologías orales Robinson y col. (66) encontró porcentajes similares de fluorosis 23,56%.

De manera general, en el presente estudio se observa una percepción positiva de calidad de vida relacionada con la salud oral, tanto en padres como en niños, concordando con los hallazgos de Téllez y col.; estudio desarrollado en Bogotá, quienes reportaron una percepción positiva en niños de colegios públicos y privados (18), Humphis y col. (49), González y col.; quienes desarrollaron su estudio pacientes con labio y paladar fisurado encontraron también en el grupo estudiado, una relación de calidad de vida y salud oral positiva (21).

En la percepción de salud oral de los niños el 48% reportó dolor dental, porcentaje similar fue descrito en el estudio de González y col. (21) y Téllez y col (18), a pesar de la alta prevalencia de caries reportada, se presenta en estadios tempranos las lesiones, las cuales no afectan las actividades diarias de los niños, lo que se ve reflejado en la puntuación alta en la percepción relacionada con percepción de sentimientos, actividades escolares y relaciones interpersonales. El empaquetamiento de la comida el cual se presentó en un 55,9% de los niños da cuenta de la necesidad de tratamientos de ortodoncia interceptiva, debido a malposición dentaria. La caries dental, el empaquetamiento de comida y el mal aliento no afectan de manera substancial la calidad de vida de los niños (18, 21), sin embargo, existe una relación entre las patologías presentes en los niños y la percepción en las relaciones interpersonales, ya que el 24% manifiesta que otros niños les han preguntado por sus dientes, puede deberse a la apariencia de los mismos por signos de fluorosis, malposición y caries.

Dado que los niños refieren mejores puntuaciones que las niñas en todos los componentes evaluados, valores que pueden estar influenciados por el patrón de socialización o el rol de varón en el contexto de las familias, hallazgo que se comporta de manera similar en el estudio de Téllez y col (18), donde se presentaron diferencias significativas según sexo relacionadas con dolor siendo mayor en las niñas, al igual que faltaron al colegio por esta razón; en el otro estudio realizado en Colombia por González y col.; no mostró diferencias por sexo (21).

De manera adicional el estudio no contemplo correlación entre el índice COP y los componentes de calidad de vida relacionado con la salud oral, sin embargo no se encontraron diferencias al analizar de manera global, cabe señalar que este índice no guarda asociación estadística con la métrica de salud oral en estos niños, mientras que al relacionar el número de dientes, solo se aprecia correlación débil con percepción del colegio ($r= 0,13$; $p=0,05$) (Anexo 9.8, 9.9).

A pesar, que se presenta una percepción positiva en los niños, los hallazgos clínicos de patologías orales y sus condiciones socioeconómicas, permiten establecer, que se hace necesaria la detección temprana de lesiones y tratamientos oportunos, ampliar el acceso de los niños a los servicios de salud.

Es claro, que las patologías orales tienen un impacto en la vida de los niños; pero, existe escasa evidencia del impacto en sus familias; las enfermedades orales en los niños impactan en algún grado a sus familias, y puede evidenciarse física o psicológicamente, dependiendo de la condición del niño, además, los abordajes de tratamiento preocupan tanto a los niños como a sus padres (70,71); a su vez, las expectativas y normas culturales influyen en la percepción de salud oral y sus efectos en la calidad de vida, sin embargo, no se ha establecido una relación causal de las variables clínicas con los efectos en la calidad de vida, estas pueden mediar o moderar los efectos (66,68).

La percepción de los padres en el estudio fue positiva, sin embargo, fue menor a la reportada por los niños; la misma fue afectada con valores más altos en los padres a mayor edad, mayor educación y pertenecientes al régimen subsidiado; hallazgo que es apoyado por estudios que reportan que los ingresos familiares pueden tener una influencia directa en las respuestas relativas a la calidad de vida, los niños de bajos ingresos en sus hogares presentan un mayor impacto en su calidad de vida que los niños de hogares con altos ingresos (66,68).

El mayor porcentaje de padres que respondieron la encuesta fueron mujeres, dato que comparten otros estudios (63), también existe la tendencia compartida

que las madres subvaloran el impacto de las patologías en la calidad de vida de los niños.

El porcentaje de los padres que reportó dolor dental en sus hijos fue menor al reportado por los niños, al igual que la preocupación por molestia de los dientes, similares hallazgos reportó Téllez y col (18), además se comparten los hallazgos con relación al porcentaje de tiempo utilizado para las citas de los hijos, que aunque fue mayor en los reportados por Téllez y col, estos impactan de manera negativa en las actividades laborales de sus padres.

En la revisión sistemática de Barbosa y col (63), reportan como las respuestas dadas por los padres no necesariamente son idénticas a las de sus hijos, lo cual concuerda por lo expresado en esta investigación y afirman que son diferentes realidades, por lo tanto la información de las percepciones deben ser complementarias.

Lo datos de correlación encontrados en el estudio nos muestran una correlación directa entre la percepción de los padres e hijos con relación a salud oral y la percepción de padres e hijos y la percepción de relaciones interpersonales, datos que no pueden ser comparados con otros estudios, ya que en la revisión realizada ninguno presenta este tipo de análisis.

6. CONCLUSIONES

En el presente siglo la resignificación del concepto de salud, dimensiono la misma en un concepto multidimensional, que da cuenta de todos los aspectos inherentes del ser; desde esta mirada, el presente estudio analizo como las condiciones de salud Oral afectan la Calidad de vida en niños, determino la prevalencia de patología oral, la percepción de calidad de vida relacionada con la salud oral en niños y padres y correlacionó la estimación de calidad de vida entre la percepción de niños y padres.

A pesar de los programas de promoción de la salud oral y prevención de la enfermedad, así como la ampliación de la cobertura en salud, se encontró una alta prevalencia de caries dental, con valores superiores a los encontrados en el ENSAB III en 1998, luego de quince años, se esperaría tener valores inferiores; se requiere que los resultados encontrados tengan eco en políticas públicas de salud oral, con enfoque de riesgo.

La alta prevalencia de caries encontrada presumiblemente debido que estas personas consultan a la clínica dado que refieren algún problema, por ello es recomendable desarrollar un tamizaje en centros escolares de la ciudad que permita caracterizar tanto la prevalencia de patología oral y la calidad de vida relacionada con la salud oral, incluyendo un componente cualitativo de la percepción de la sonrisa y el papel del imaginario infantil con respecto a la cavidad oral.

El COP promedio fue 2,63 ($\pm 2,9$) en niños de 8 a 10 años; una de las metas establecidas en la línea de salud oral del Plan Nacional de Salud Pública amparado en el decreto 3039 de 2007, es lograr un índice de COP promedio a los 12 años de edad menor de 2,3; la evaluación del índice a esta edad, es usada por la OMS como el principal referente de comparación internacional del estado de salud bucal; este índice se comportó por encima de la meta esperada, y como muestran los estudios tiende aumentar con la edad; de esta manera, las acciones tendientes a la prevención primaria y secundaria de las condiciones orales deben primar.

Se esperaba que con un índice COP moderado y una alta prevalencia de caries, los niños y padres refirieran una moderada percepción de calidad de vida relacionada con salud oral; sin embargo fue referida positiva; aspecto que puede deberse a dos factores: primero a que las lesiones cavitacionales encontradas están en etapas tempranas y no afectan la calidad de vida de vida y segundo los instrumentos utilizados no están midiendo de manera precisa la percepción de niños y padres.

Al relacionar las puntuaciones entre niños y niñas se observan diferencia significativa en los niños, que muestran una mejor puntuación que las niñas, en el componente de percepción de sentimientos, sin embargo en los restantes componentes no se alcanza diferencia a pesar que los niños muestran puntuaciones más altas que las niñas en actividades escolares; relaciones interpersonales y percepción de salud oral.

Se aprecia una correlación directa entre la percepción de los padres e hijos con relación a salud oral y la percepción de padres e hijos y la percepción de relaciones interpersonales, mientras que para la percepción de sentimientos y la percepción relacionada con las actividades escolares no guarda correlación significativa.

La información resultado de investigación da cuenta de la necesidad de continuar triangulando los aspectos clínicos, personales, socioeconómicos, culturales, mejorando ostensiblemente las inequidades en la atención de los niños desde un enfoque integral, traducida en políticas públicas en salud.

Una salud oral optima, contribuirá en el desarrollo integral del niño, lo cual redundará en el bienestar familiar y de la sociedad.

7. RECOMENDACIONES

A partir de los resultados obtenidos en el presente estudio, es prioritario continuar indagando sobre la calidad de vida en los niños, incluir esta temática en los estudios de salud bucal y encuestas de salud, plantear estudios longitudinales, que den cuenta del impacto de los mórbidos orales en el tiempo en la calidad de vida de los niños y en odontología basada en la evidencia incluir los cuestionarios que darán luces en tratamiento integrales.

Aunque existe evidencia en relación a la calidad de vida relaciona con salud oral, es aun pobre, por lo tanto se sugiere tener en cuenta otras características particulares culturales, étnicas y demográficas, además la necesidad de profundizar y correlacionar la historia de caries con la calidad de vida.

Al ser este estudio el tercero desarrollado en el país y el primero de la región caribe se sugiere continuar indagando en esta línea de investigación.

Implementar la determinación de calidad de vida dentro de la práctica de la atención odontológica de manera que el estudiante de odontología se involucre y el docente sea presto a incorporar y retroalimentar este tipo de herramienta en la consulta.

Desarrollar una siguiente investigación ampliando el tamaño muestral, invitando a colegios a participar abordando otras variables de tipo cualitativo tales como: temores, tabúes con respecto a la atención odontológica, identificando enseñanza de acciones preventivas en la escuela, publicidad relacionada con salud oral entre otros.

8. BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization, Official records of the World Health Organization N° 2. International Health Conference; 1946 Jun 19 - Jul 22; New York, USA. Geneva: WHO; 1948.
2. World Health Organization, The Ottawa Charter for Health Promotion. 1st International Conference on Health Promotion; 1986 Nov 21; Ottawa, Canada. Geneva: WHO; 1986.
3. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health?. BMJ. 2011; 343(4163): 235-7.
4. Agudelo AA, Martínez E. La participación social como referente estratégico para el fortalecimiento de la salud bucal en las políticas nacionales de salud pública. CES Odontología. 2008; 21(1): 77-84.
5. Hernández Sánchez J, Forero Bulla CM. Concepciones y percepciones sobre salud, calidad de vida, actividad física en una comunidad académica de salud. Rev Cubana enfermer. 2011; 27(2): 159-70.
6. González de Dios J. Calidad de vida relacionada con la salud: conocer e implementar en la toma de decisiones basada en pruebas en pediatría. An Pediatr. 2004; 60(6): 507-13.
7. World Health Organization. World report on violence and health: summary. Geneva, Switzerland: WHO; 2002.
8. Organización Mundial de la Salud, Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas; 2010 Abr 13-15; Adelaida, Australia. Ginebra: OMS; 2010.

9. Gómez-Vela M, Sabeh EN. *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Salamanca, España: Universidad de Salamanca; 2002 [acceso 5 Agosto 2012]. Disponible en: <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>.
10. Ministerio de Salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB III, II Estudio de factores de riesgo de las enfermedades crónicas - ENFREC II. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud Republica de Colombia; 1999.
11. Escobar G, Ortiz AC, Mejía LM. Caries dental en los menores de veinte años en Colombia: un problema de salud pública. *RevFacNacSalud Pública*. 2003; 21(2): 107-18.
12. Feitosa S, Colares V, Pinkham J. The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(5): 1550-6.
13. Republica de Colombia - Ministerio de Protección Social. Resolución 3577 de 2006 - Por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal – PNSB. Bogotá, Colombia: Ministerio de Protección Social; 2006.
14. República de Colombia - Ministerio de Salud. Resolución 00412 de 2000 - Por la cual se establece la Norma Técnica para la detección temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el menor de 10 años. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud; 2000.
15. Sánchez E, García JN, Del Río P. Qué, cómo y cuándo: un análisis temático de lo publicado en los 25 años de Infancia y Aprendizaje. *Infancia y Aprendizaje: Journal for the Study of Education and Development*. 2002; 25(4): 441-68.
16. Somkotra T. Las desigualdades socioeconómicas en la libre estado de salud bucal: la experiencia de Tailandia después de la implementación de la política de cobertura universal. *Salud de la Comunidad Dent*. 2011; 28(2): 136-42.

17. Antunes LA, Andrade MR, Leao AT, Maia LC, Luiz RR. Change in the quality of life of children and adolescents younger than 14 years old after oral health interventions: a systematic review. *Pediatr Dent*. 2013; 35(1): 37-42.
18. Tellez M, Martignon S, Lara JS, Zuluaga J, Barreiro L, Builes L, et al. Correlación de un Instrumento de Calidad de Vida relacionado con Salud Oral entre niños de 8 a 10 años y sus acudientes en Bogotá. *CES Odontología*. 2010; 23(1): 9-15.
19. López R, Baelum V. Oral Health Impact of Periodontal Diseases in Adolescents. *J Dent Res*. 2007; 86(11): 1105-9.
20. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children. *Health Qual Life Outcomes*. 2004; 2: 57. Disponible en: <http://www.hqlo.com/content/2/1/>.
21. González MC, Téllez-Merchán M, Canchano F, Rojas Y, Trujillo MI. Calidad de vida y salud oral en una población colombiana con labio y/o paladar fisurado. *Univ Odontol*. 2011; 30(64): 73-82.
22. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Publica Mex*. 2002; 44: 448-63.
23. Abanto Alvarez J, Bönecker M, Raggio DP. Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida de niños. *Rev Estomatol Herediana*. 2010; 20(1): 38-43.
24. Casas Anguita J, Repullo Labrador JR, Pereira Candel J. Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. *Med Clin*. 2001; 116(20): 789-96.
25. Abadía Barrero CE. Pobreza y Desigualdad social: Un debate Obligatorio en Salud Oral. *Acta bioeth*. 2006; 12(1): 9-22.

26. Lamadrid A S, Misrachi L C. Percepciones y actitudes hacia la atención dental de adultos mayores de bajos recursos. Rev Dent Chile. 1999; 90(2): 3-8.
27. Pane S, Solans M, Gaite L, Serra-Sutton V, Estrada M, Rajmil L. Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en la edad pediátrica. Barcelona, España: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2006.
28. Tiesca Molina R, Centeno Romero, Hermín , De la Ossa Salgado M, García Delgado N, Lobo López J. Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes de Barranquilla (Colombia). Revista Salud Uninorte. 2008; 24(1): 53-63.
29. World Health Organization. World Oral Health Report 2003. Geneva, Switzerland: WHO; 2003.
30. Jürgensen N, Petersen PE. Oral health and the impact of socio-behavioural factors in a cross sectional survey of 12-year old school children in Laos. BMC Oral Health. 2009; 9: 29. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/9/29>.
31. Tellez M, Santamaria RM, Gomez J, Martignon S. Dental fluorosis, dental caries, and quality of life factors among schoolchildren in a Colombian fluorotic area. Community Dent Health. 2012; 29(1): 95-9.
32. Agudelo Suárez AA, Martínez Herrera E. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. Rev Gerenc Polit Salud. 2009; 8(16): 91-105.
33. Díez Betancourt J, Rivero Agudo ME, Cardero AA, García González B. El Impacto de la Salud bucal en la Cavidad de Vida. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2004; 3(8): Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180426080012>.

34. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. Health Qual Life Outcomes. 2003; 1: 40. Disponible en: <http://www.hqlo.com/content/1/1/>.
35. Watt RG. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. Community Dent Oral Epidemiol. 2002; 30(4): 241-7.
36. Nieve Reyes B, Jácome Liévano S, Cendales González L. Representaciones Sociales del proceso salud enfermedad oral en poblaciones urbano-marginales y su relación con discursos y las prácticas institucionales: segunda parte. Rev Fed Odontol Colomb. 1999; 57(195): 9-56.
37. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bull World Health Organ. 2005; 83(9): 661-9.
38. Ayhan H, Suskan E, Yildirim S. The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference. J Clin Pediatr Dent. 1996; 20(3): 209-12.
39. Brandão IMG, Arcieri RM, Sundfeld MLM, Moimaz SAS. Cárie precoce: influência de variáveis sócio-comportamentais e do locus de controle da saúde em um grupo de crianças de Araraquara, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006; 22(6): 1247-56.
40. O'Brien C, Benson PE, Marshman Z. Evaluation of a quality of life measure for children with malocclusion. J Orthod. 2007; 34(3): 185-93.
41. Barbosa TS, Gaviao MB. Oral health-related quality of life in children: part II. Effects of clinical oral health status. A systematic review. Int J Dent Hyg. 2008; 6(2): 100-7.
42. Bendo CB, Paiva SM, Torres CS, Oliveira AC, Goursand D, Pordeus IA, et al. Association between treated/untreated traumatic dental injuries and

impact on quality of life of Brazilian schoolchildren. *Health Qual Life Outcomes*. 2010; 8: 114. Disponible en: <http://www.hqlo.com/content/8/1/>.

43. Marró Freitte M, Candiales de Castillo Y, Cabello Ibacache R, Urzúa Araya I, Rodríguez Martínez G. Aspectos sobre la medición del impacto de la caries dental en la calidad de vida de las personas. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral*. 2013; 6(1): 42-6.

44. Piovesan C, Batista A, Vargas Ferreira F, Machado Ardenghi T. Oral health-related quality of life in children: Conceptual issues. *Rev odonto ciênc*. 2009; 24(1): 81.5.

45. Unicef. *Convención sobre los Derechos del Niño - Versión adaptada para jóvenes* Madrid, España: UNICEF Comité Español; 2005 [acceso 12 Julio 2012]. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/crc/>.

46. Republica de Colombia. Constitución Política de Colombia. 1991.

47. Republica de Colombia. Ley 1098 de 2006 - De la Infancia y la Adolescencia. Bogotá, Colombia.2006.

48. DANE. Proyecciones de Población 2005-2020. Bogotá, Colombia.: DANE; 2007.

49. Humphris G, Freeman R, Gibson B, Simpson K, Whelton H. Oral health-related quality of life for 8-10-year-old children: an assessment of a new measure. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005; 33(5): 326-32.

50. Jokovic A, Locker D, Tompson B, Guyatt G. Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight- to ten-year-old children. *Pediatr Dent*. 2004; 26(6): 512-8.

51. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *J Dent Res*. 2002; 81(7): 459-63.

52. Ramos Martinez K, Gonzalez Martinez F, Luna Ricardo L. [Oral and nutritional health status in children attending a school in Cartagena, 2009]. *Rev Salud Publica*. 2010; 12(6): 950-60.
53. Locker D, Allen F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure?. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2007; 35(6): 401-11.
54. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chile*. 2010; 138: 358-65.
55. Díaz Cárdenas S, González Martínez F. Prevalencia de caries dental y factores familiares en niños escolares de Cartagena de Indias, Colombia. *Rev salud pública*. 2010; 12(5): 843-51.
56. Díaz Cárdenas S, Arrieta Vergara K, González Martínez F. Factores Familiares asociados a la presencia de Caries Dental en Niños Escolares de Cartagena, Colombia. *Rev Clin Med Fam*. 2011; 4(2): 100-4.
57. Díaz Cárdenas S, Costa Rueda M, Flórez Flórez L, Puerta Roa F. Prevalencia de caries dental y caracterización familiar de pacientes pediátricos. *Rev Colomb Investig Odontol*. 2011; 2(5): 47-55.
58. Luján Hernández E, Luján Hernández M, Sexto N. Factores de riesgo de caries dental en niños. *MediSur*. 2007; 5(2): 16-21.
59. Villaizán Pérez C, Aguilar Roldán M. Estudio de la prevalencia de caries y su relación con factores de higiene oral y hábitos cariogénicos en escolares. *Rev Latino Ortodoncia y Odontopediatría* [Edición electronica]. 2012: Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/pdf/art14.pdf>.
60. McGrath C, Pang HN, Lo EC, King NM, Hagg U, Samman N. Translation and evaluation of a Chinese version of the Child Oral Health-related Quality of Life measure. *Int J Paediatr Dent*. 2008; 18(4): 267-74.

61. Foster Page LA, Boyd D, Thomson WM. Do we need more than one Child Perceptions Questionnaire for children and adolescents? BMC Oral Health. 2013; 13: 26. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/13/26>.
62. Barbosa TS, Gaviao MB. Oral health-related quality of life in children: part I. How well do children know themselves? A systematic review. Int J Dent Hyg. 2008; 6(2): 93-9.
63. Barbosa TS, Gaviao MB. Oral health-related quality of life in children: Part III. Is there agreement between parents in rating their children's oral health-related quality of life? A systematic review. Int J Dent Hyg. 2008; 6(2): 108-13.
64. Malden PE, Thomson WM, Jokovic A, Locker D. Changes in parent-assessed oral health-related quality of life among young children following dental treatment under general anaesthetic. Community Dent Oral Epidemiol. 2008; 36(2): 108-17.
65. Wogelius P, Gjørup H, Haubek D, Lopez R, Poulsen S. Development of Danish version of child oral-health-related quality of life questionnaires (CPQ8-10 and CPQ11-14). BMC Oral Health. 2009; 9: 11. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/9/11>.
66. Robinson PG, Nalweyiso N, Busingye J, Whitworth J. Subjective impacts of dental caries and fluorosis in rural Ugandan children. Community Dent Health. 2005; 22(4): 231-6.
67. Ramirez Puerta BS, Franco Cortes AM, Ochoa Acosta EM. Fluorosis Dental en Escolares de 6 a 13 Años de Instituciones Educativas Públicas de Medellín, Colombia. Rev Salud Publica. 2009; 11(4): 631-40.
68. Wilson LB, Cleary PD. linking clinical variables with health related quality of life . A conceptual model of patient outcomes. J Am med Assoc 1995; 273:59-65.

69. Corchuelo Ojeda J. Diferencias sociodemográficas relacionadas con la historia y la prevalencia de caries de usuarios de una red de salud pública. *Revista de la facultad de odontología Universidad de Antioquía*. 2012; 24(1):96-109.
70. Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Waderley MT, Bönecker M, Raggio DP. Impact of oral disease and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *Community Dent Oral epidemiol*. 2011; 39:105-114.
71. Abanto J, Paiva S, Raggio D, Celiberti P, Aldrigui J, Bönecker M. The impact of dental carie and trauma in children on family quality of life. *Community Dent Oral epidemiol*. 2012 40(4):323-331.
72. Paula J, Leite I, Almeida A, Ambrosano G, Pereira A, Mialhe F. The influence of oral conditions, socioeconomic status and home enviroment factors on schoolchildren´s self-perception of quaity of life. *Health and quality of life outcomes*. 2012; 10:6. Disponible en: <http://www.hglo.com/content/10/1/6>

9. ANEXOS

9.1 TABLA DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

MACRO VARIABLES	VARIABLES		DEFINICION	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIAS	METODO DE RECOLECCION
SOCIO DEMOGRAFICAS	Edad		Tiempo cumplido en años desde el nacimiento hasta la recolección de la información	Cuantitativa	Razón	8 – 10	Encuesta
	Sexo		Condición biológica	Cualitativa	Nominal	Hombre/mujer	Encuesta
	Nivel socioeconómico		Clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos y residen	Cualitativa	Nominal	Estrato: 1 2 3 4 5 6 Ns/Nr	Encuesta
	Estado civil de los padres		Conjunto de situaciones jurídicas que relacionan a cada persona con la familia donde proviene o la familia que ha formado	Cualitativa	Nominal	casado, soltero, separado/divorciado, viudo, Unión Libre. Ns/Nr	Encuesta
	Nivel educativo de los padres		Grado educativo culminado satisfactoria Mente	Cualitativa	Nominal	Primaria, secundaria Técnico Tecnólogo Universitario Posgrado Ns/ Nr	Encuesta
	Régimen de Salud		Acceso a seguridad social	Cualitativa	Nominal	Régimen contributivo Régimen subsidiado Ns/Nr	Encuesta
ESTADO DE SALUD ORAL	Presencia o ausencia de caries dental en los niños		Grado de destrucción o pérdida dental.	Cuantitativa	Razón	Número de órganos dentales que presentan: C: caries. O: obturados. P: perdidos por caries y/o con indicación de extracción por caries.	Índice de COP
	Presencia o ausencia de gingivitis		Inflamación o sangrado de las encías	Cualitativa	Nominal	SI / NO	Examen clínico intraoral.

CALIDAD DE VIDA: PERCEPCIÓN EN NIÑOS DE 8 A 10 AÑOS DE EDAD	Percepción de <i>Salud Oral</i>		Dolor en los dientes espontaneo en Dolor a cambios térmicos Mal aliento Dificultad para comer	Cualitativa	Ordinal	No Una o dos veces Algunas veces Muchas veces Casi todos los días	"Child Oral Health Related Quality of Life Questionnaire" dirigido a niños de 8 a 10 años de edad.
	Percepción de <i>Sentimientos</i>		Molestia o tristeza por culpa de los dientes	Cualitativa	Ordinal	No Una o dos veces Algunas veces Muchas veces Casi todos los días	
	Percepción de grado de afectación en <i>actividades escolares</i>		Numero de faltas escolares, deficit de atención, o dificultad para hacer tareas por culpa de los dientes	Cualitativa	Ordinal	No Una o dos veces Algunas veces Muchas veces Casi todos los días	
	Percepción de <i>Relaciones Interpersonales</i>		Ha dejado de sonreír o hablar por culpa de los dientes Dificultad para hablar por culpa de los dientes	Cualitativa	Ordinal	No Una o dos veces Algunas veces Muchas veces Casi todos los días	
CALIDAD DE VIDA: PERCEPCIÓN DE PADRES /CUIDADORES	Percepción de <i>Salud Oral</i>		Calificación de la salud oral de los hijos Percepción de bienestar en la cavidad oral de los hijos	Cualitativa	Ordinal	Excelente Muy buena Buena Mas o menos Pobre	"Child Oral Health Related Quality of Life Questionnaire" 10 dirigido a los padres/cuidadores
			Dolor en los dientes espontaneo en Dolor a cambios térmicos Mal aliento Dificultad para comer Sangrado en la encía	Cualitativa	Ordinal	Nunca 1 o2 veces Algunas veces Frecuentemente Todos los días No sabe	
	Percepción de <i>sentimientos</i>		Su hijo se ha sentido: Molesto, temeroso frustrado, irritable por culpa de sus dientes	Cualitativa	Ordinal	Nunca 1 o2 veces Algunas veces Frecuentemente Todos los días No sabe	
	Percepción de grado de afectación en		Su hijo ha presentado faltas escolares, déficit	Cualitativa	Ordinal	Nunca 1 o2 veces Algunas veces	

9.2 CARTA COMITÉ DE ETICA



Corporación Universitaria Rafael Núñez
Comité de Ética



El Comité de Ética de la Corporación Universitaria Rafael Núñez

Certifica que:

El proyecto titulado **INFLUENCIA DE LAS CONDICIONES DE SALUD ORAL EN LA CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE 8 A 10 AÑOS DE EDAD EN CARTAGENA COLOMBIA**, cuyo investigador principal PATRICIA CASTRO VILLAMIZAR, se encuentra vinculado(a) a la Corporación Universitaria Rafael Núñez en el Programa de Odontología, **cumple** con los lineamientos éticos bajo los términos de la Resolución 8430 del Ministerio de Salud, la Ley 84 de 1989, y a los consignados en el Código de Ética de la Corporación Universitaria Rafael Núñez.

La investigación propuesta se clasifica con riesgo mínimo para el sujeto / sujetos participantes en la investigación, de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud.

Para constancia se firma en la Ciudad de Cartagena de Indias, a los 4 días del mes de Septiembre del año 2013.

Comité de Ética:

Dr. Juan Carlos Lozano
Nombre y firma del Presidente

9.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFLUENCIA DE LAS CONDICIONES DE SALUD ORAL EN LA CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE 8 A 10 AÑOS DE EDAD, CARTAGENA COLOMBIA

Este documento que usted va a leer, se llama consentimiento informado. El consentimiento informado es un acuerdo entre usted y nosotros los investigadores para que nos permita que su hijo (menor de edad) y usted participe de manera voluntaria en esta investigación. Esta investigación tiene un tema a investigar y es conocer cómo están los dientes y las encías de su hijo de 8 a 10 años, eso es lo que nosotros llamaremos "salud oral". También queremos a conocer cómo es la calidad de vida, que es lo que los niños sienten o perciben de su situación de salud, al igual de lo que usted percibe de la situación de salud oral de su hijo. Entonces, esta investigación va a relacionar o entender estas dos cosas: la salud oral y la calidad de vida.

Su hijo debe decirle a usted que está de acuerdo en participar, y luego, usted debe estar de acuerdo en que su hijo participe en esta investigación. Esta investigación nos servirá para mejorar el programa de atención en odontología y la formación de profesionales de odontología.

Este trabajo de investigación lo dirige Patricia Castro, soy quien dirijo el Programa de Odontología. En esta investigación me acompañarán estudiantes de odontología y ellos van a revisar con mi supervisión los dientes y las encías de su hijo. Luego se le harán a usted y a su hijo unas preguntas acerca de donde viven, donde está afiliado a salud y que hace en un día común y corriente relacionado con la salud oral.

Beneficios:

Si usted y su hijo deciden participar en el estudio, se beneficiará por una parte su hijo, ya que del examen oral permitirá detectar que necesidades de atención y tratamiento necesita y para los niños en general de la ciudad se puede conocer que problemas orales y de calidad de vida asociada hay e implementar programas o medidas para el beneficio comunitario de los niños cartageneros.

Confidencialidad:

Amparados bajo el principio ético de privacidad y confidencialidad se le informa que, para efectos del estudio, su identidad se mantendrá bajo estricta confidencialidad (se entiende que no contaremos acerca de los datos de las personas y niños del estudio), al igual que los datos que usted aporte a la encuesta, los cuales se utilizarán sólo para fines de análisis estadístico.

Riesgos y complicaciones:

Su participación en el presente estudio no acarrea ningún tipo de riesgo para su salud. Tampoco se tocarán aspectos sensitivos que lo puedan afectar física o mentalmente. Se

respetará la confidencialidad de la información que usted proporcione. Los datos recolectados serán manejados exclusivamente por la directora del programa de odontología de la CURN y el director de investigación del Dpto. de Salud pública de la Universidad del Norte adscritos al estudio.

Retribución o Pago:

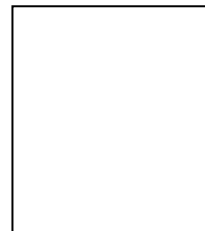
La directora del programa de odontología de la CURN y el director de la investigación del Dpto. de Salud Pública de la Universidad del Norte no reciben remuneración o pago por el desarrollo de este estudio, sus fines son estrictamente académicos. Además, los participantes del estudio no reciben tampoco ningún tipo de remuneración económica, debido a que la ley colombiana lo prohíbe.

Voluntariedad:

La decisión de participar en este estudio es voluntaria y carente de interés lucrativo, pudiendo retirarse en cualquier momento si usted así lo desea, bien al inicio, durante o al final. Lo anterior no implica ninguna sanción para con ninguna de las partes (investigadores y participantes). En este documento usted expresa, mediante su firma, el interés de participar en el presente estudio, confirmando que de manera voluntaria y libre de coacción autoriza el uso de los datos aportados a los investigadores.

Si tiene alguna duda respecto al estudio puede comunicarse con la Dra. Patricia Inés Castro Villamizar, 6603120 Ext. 3, Calle de la Soledad 5-70. Programa de Odontología.

Fecha:

Firma del participante**Cédula:****Huella**

Firma investigador**Cédula:**

Firma testigo**Cédula:**

- Algunas veces
- Muchas veces
- Casi todos los días

8. Has tenido comida acumulada en tus dientes en el último mes?

- No
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Muchas veces
- Casi todos los días

9. Has tenido mal aliento en el último mes?

- No
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Muchas veces
- Casi todos los días

10. En el último mes has necesitado más tiempo que los otros niños para comer por culpa de tus dientes?

- No
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Muchas veces
- Casi todos los días

11. En el último mes ha sido difícil para ti morder o masticar comidas como manzanas, maíz o carne por culpa de tus dientes?

- No
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Muchas veces
- Casi todos los días



12. En el último mes has tenido problemas para comer comidas que te gustan por culpa de tus dientes?

- No
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Muchas veces
- Casi todos los días

13. En el último mes has tenido problemas para decir o pronunciar algunas palabras por culpa de tus dientes?

- No
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Muchas veces
- Casi todos los días

14. En el último mes has tenido problemas para dormir por culpa de tus dientes?

- No
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Muchas veces

- Casi todos los días

ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE TUS SENTIMIENTOS

15. En el último mes qué tan seguido has estado molesto por culpa de tus dientes?

- No
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Muchas veces
- Casi todos los días

16. En el último mes qué tan seguido has sentido tristeza por tus dientes?

- No
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Muchas veces
- Casi todos los días

17. En el último mes qué tan seguido has sentido timidez por tus dientes?

- No
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Muchas veces
- Casi todos los días



18. En el último mes qué tan seguido has estado preocupado o preocupada por lo que piensan los demás de tus dientes?

- No
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Muchas veces
- Casi todos los días

19. En el último mes qué tan seguido has estado preocupado o preocupada porque por tus dientes no te ves tan bonito o bonita como los otros niños o niñas?

- No
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Muchas veces
- Casi todos los días

ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE TU ESCUELA

20. En el último mes qué tan seguido has faltado al colegio por culpa de tus dientes?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Muchas veces
- Casi todos los días

21. En el último mes qué tan seguido ha sido difícil hacer las tareas por culpa de tus dientes

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Muchas veces
- Casi todos los días

22. En el último mes qué tan seguido ha sido difícil poner atención en clase por culpa de tus dientes?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Muchas veces
- Casi todos los días

23. En el último mes qué tan seguido has evitado hablar o leer en voz alta en clase por culpa de tus dientes?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Muchas veces
- Casi todos los días

PREGUNTAS SOBRE TI CUANDO ESTAS CON OTRAS PERSONAS

24. En el último mes qué tan seguido has tratado de no sonreír o no reírte delante de otros niños o niñas por culpa de tus dientes?

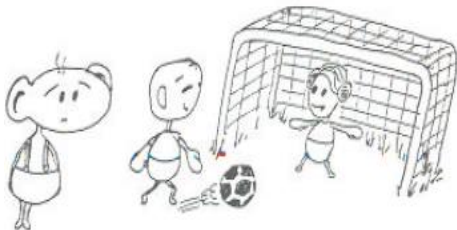
- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Muchas veces
- Casi todos los días

25. En el último mes qué tan seguido no has querido hablar con otros niños o niñas por culpa de tus dientes?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Muchas veces
- Casi todos los días

26. En el último mes qué tan seguido has tratado de no estar con otros niños o niñas por culpa de tus dientes?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Muchas veces
- Casi todos los días



27. En el último mes qué tan seguido has evitado actividades deportivas o de grupo por culpa de tus dientes?

- Nunca
- Una o dos veces

- Algunas veces
- Muchas veces
- Casi todos los días

28. En el último mes qué tan seguido has te han molestado otros niños o niñas por culpa de tus dientes?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Muchas veces
- Casi todos los días

29. En el último mes qué tan seguido te han preguntado por tus dientes?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Muchas veces
- Casi todos los días

GRACIAS POR TU AYUDA

9.5 CUESTIONARIO PADRES



Cuestionario de Salud Oral Padres/cuidadores

SECCION 1						
	Excelente	Muy Bien	Bien	Mas o Menos	Pobre	
1. Como calificaría la salud de la boca, y los labios de su hijo/a?						
2. Que tanto el bienestar general de su hijo/a se ve afectado por la salud de sus dientes o boca?	Nada	Muy Poco	Algo	Bastante	Muchísimo	
SECCION 2						
En los últimos 3 meses, con que frecuencia su hijo ha sentido o experimentado?	Nunca	1 o 2 veces	Algunas veces	Frecuente	Todos los días o casi todos	No sabe
3. Dolor en sus dientes / boca						
4. Encías que sangran						
5. Ampollas en su boca						
6. Mal aliento						
7. Comida atascada en el paladar						
8. Comida atascada entre los dientes						
9. Dificultad para morder comidas (ej. manzana, carne, maíz etc)						
10. Respiración por la boca						
11. Dificultad para dormir						
12. Dificultad para hablar						
13. Toma mas tiempo para comer que otros niños						
14. Dificultad en tomar/comer alimentos fríos/calientes						

15. Dificultad en tomar/comer alimentos que a su hijo/a le gustan						
16. Tiene la dieta limitada a ciertos tipos de comida (alimentos blandos)						
SECCION 3						
En los últimos 3 meses, su hijo/a se ha sentido:	Nunca	1 o 2 veces	Algunas veces	Frecuente	Todos los días o casi todos	No sabe
17. Molesto						
18. Frustrado/Irritable						
19. Ansioso/Temeroso						
En los últimos 3 meses, por razones relacionadas con sus dientes o boca, con que frecuencia su hijo/a ha:	Nunca	1 o 2 veces	Algunas veces	Frecuente	Todos los días o casi todos	No sabe
20. Faltado al colegio						
21. Tenido dificultad para poner atención a clase						
22. No ha querido leer o hablar en voz alta						
23. No ha querido hablar con otros niños						
24. Ha evitado reírse/sonreír en presencia de otros niños						
25. Sentido que es menos saludable que otros niños						
26. Sentido diferente a otros niños						
27. No se ve tan guapo como otros						
28. Actuado tímidamente o apenado						
29. Sido excluido por otros niños						
30. No ha querido compartir tiempo con otros niños						
31. No ha querido o podido compartir tiempo con otros niños						
32. No ha querido o podido participar en actividades como deportes, música, paseos escolares						
33. Se ha preocupado que tiene pocos amigos						

Durante los últimos 3 meses, que tan frecuente su hijo ha estado:	Nunca	1 o 2 veces	Algunas veces	Frecuente	Todos los días o casi todos	No sabe
34. Preocupado por lo que otras personas piensan acerca de su boca/dientes						
35. Haciendo preguntas acerca de la boca/dientes de otros niños						
SECCION 4						
Durante los últimos 3 meses, por razones relacionadas con la boca / dientes de su hijo , Que tan frecuente usted u otro miembro de su familia se ha:	Nunca	1 o 2 veces	Algunas veces	Frecuente	Todos los días o casi todos	No sabe
36. Sentido molesto						
37. Dejado de dormir						
38. Tenido sentimientos de culpa						
39. Tomado tiempo del trabajo para cumplir citas odontológicas						
40. Tenido menos tiempo para usted y su familia						
41. Preocupado porque su hijo podría tener menores oportunidades en la vida (casarse, conseguir un trabajo etc.)						
42. Sentido incomodo en lugares públicos con su niño						
Durante los últimos 3 meses, por razones relacionadas con la boca / dientes de su hijo , Que tan frecuente su hijo/a ha:	Nunca	1 o 2 veces	Algunas veces	Frecuente	Todos los días o casi todos	No sabe
43. Estado celoso/a de usted u otros familiares						
44. Culpado a algún familiar o a usted						
45. Peleado con usted o algún familiar						
46. Requerido mas atención de usted o algún familiar						
47. Interferido con actividades familiares en la casa o sitio publico						
48. Causado conflicto en su						

familia						
49. Causado dificultades financieras a su familia						
SECCION 5	Madre	Padre	Hermana/o	Acudiente	Otros	
Persona que completo el cuestionario						

FACTORES	PROMEDIO DE RESPUESTA POR ITEM		FRECUENCIA DE RESPUESTA POR ITEM n (227)									
	Promedio	IC 95%	68									
Percepción Salud Oral			No	%	1 o 2 Veces	%	Algunas veces	%	Muchas Veces	%	Casi todos los días	%
Te han dolido tus dientes?	0,62	0,49 - 0,75	150	66,08	26	11,45	40	17,62	8	3,52	3	1,32
Te han salido ampollas en la boca en el último mes?	0,37	0,27 - 0,47	176	77,53	19	8,37	30	13,22	2	0,88	0	0,00
Te han dolido los dientes cuando tomas bebidas frías o comes comida caliente en el último mes?	0,92	0,78 - 1,02	118	51,98	29	12,78	63	27,75	12	5,29	5	2,20
Has tenido Comida acumulada en tus dientes en el último mes?	1,14	0,99 - 1,28	96	42,29	28	12,33	82	36,12	17	7,49	4	1,76
Has tenido mal aliento en el último mes?	0,66	0,55 - 0,77	129	56,83	50	22,03	45	19,82	1	0,44	2	0,88
En el último mes has necesitado más tiempo que los otros niños para comer por culpa de tus dientes?	0,32	0,21 - 0,43	190	83,70	13	5,73	16	7,05	3	1,32	5	2,20
En el último mes ha sido difícil para ti morder o masticar comidas como manzanas, maíz o carne por culpa de tus dientes?	0,62	0,48 - 0,75	156	68,72	17	7,49	41	18,06	10	4,41	3	1,32
En el último mes has tenido problemas para comer comidas que te gustan por culpa de tus dientes?	0,43	0,31 - 0,55	180	79,30	10	4,41	26	11,45	8	3,52	3	1,32
En el último mes has tenido problemas para decir o pronunciar algunas palabras por culpa de tus dientes?	0,20	0,11 - 0,29	204	89,87	8	3,52	9	3,96	4	1,76	2	0,88
En el último mes has tenido problemas para dormir por culpa de tus dientes?	0,23	0,14 - 0,32	201	88,55	6	2,64	14	6,17	5	2,20	1	0,44
Percepción Sentimientos												
En el último mes qué tan seguido has estado molesto por culpa de tus dientes?	0,23	0,14 - 0,31	198	87,22	7	3,08	20	8,81	2	0,88	0	0,00
En el último mes qué tan seguido has sentido tristeza por tus dientes?	0,33	0,23 - 0,43	183	80,62	19	8,37	19	8,37	5	2,20	1	0,44
En el último mes qué tan seguido has sentido timidez por tus dientes?	0,40	0,29 - 0,50	178	78,41	15	6,61	27	11,89	6	2,64	1	0,44
En el último mes qué tan seguido has estado preocupado o preocupada por lo que piensan los demás de tus dientes?	0,70	0,56 - 0,83	151	66,52	11	4,85	47	20,70	18	7,93	0	0,00
En el último mes qué tan seguido has estado preocupado o preocupada porque por tus dientes no te ves tan bonito o bonita como los otros niños o niñas?	0,57	0,44 - 0,69	160	70,48	16	7,05	41	18,06	8	3,52	2	0,88
Percepción Relación Actividades Escolares												
En el último mes qué tan seguido has faltado al colegio por culpa de tus dientes?	0,12	0,06 - 0,18	207	91,19	14	6,17	5	2,20	1	0,44	0	0,00

En el último mes qué tan seguido ha sido difícil hacer las tareas por culpa de tus dientes?	0,10	0,04 - 0,16	212	93,39	9	3,96	4	1,76	1	0,44	1	0,44
En el último mes qué tan seguido ha sido poner atención por culpa de tus dientes?	0,11	0,06 - 0,16	209	92,07	10	4,41	8	3,52	0	0,00	0	0,00
En el último mes qué tan seguido has evitado hablar o leer en voz alta en clase por culpa de tus dientes?	0,17	0,10 - 0,24	204	89,87	8	3,52	13	5,73	2	0,88	0	0,00
Percepción Relación Interpersonal												
En el último mes qué tan seguido has tratado de no sonreír o no sonreír delante de otros niños por culpa de tus dientes?	0,34	0,23 - 0,45	190	83,70	5	2,20	24	10,57	6	2,64	2	0,88
En el último mes qué tan seguido no has querido hablar con otros niños o niñas por culpa de tus dientes?	0,17	0,08 - 0,25	209	92,07	5	2,20	7	3,08	4	1,76	2	0,88
En el último mes qué tan seguido has tratado de no estar con otros niños o niñas por culpa de tus dientes?	0,14	0,07 - 0,21	209	92,07	6	2,64	10	4,41	1	0,44	1	0,44
En el último mes qué tan seguido has evitado actividades deportivas o de grupo por culpa de tus dientes?	0,13	0,06 - 0,20	212	93,39	3	1,32	10	4,41	1	0,44	1	0,44
En el último mes qué tan seguido has te han molestado otros niños o niñas por culpa de tus dientes?	0,30	0,20 - 0,40	193	85,02	4	1,76	25	11,01	4	1,76	1	0,44
En el último mes qué tan seguido te han preguntando por tus dientes?	0,49	0,37 - 0,61	172	75,77	6	2,64	42	18,50	6	2,64	1	0,44

ANEXO 9.6. Percepción de calidad de vida relacionada con salud oral de los niños

FACTORES

PROMEDIO DE
RESPUESTA POR ITEM

FRECUENCIA DE RESPUESTA POR ITEM n (91)

Percepción Salud Oral: En los últimos 3 meses, con frecuencia su hijo ha sentido o experimentado?	Promedio	IC 95%	Nunca	%	1 o 2 Veces	%	Algunas veces	%	Muchas Veces	%	Casi todos los días	%
Dolor en sus dientes/ Boca	0,81	0,59 - 1,03	53	58,24	8	8,79	26	28,57	2	2,20	2	2,20
Encías que sangran	0,56	0,36 - 0,75	64	70,33	7	7,69	17	18,68	2	2,20	1	1,10
Ampollas en su boca	0,30	0,15 - 0,46	76	83,52	5	5,49	7	7,69	3	3,30	0	0,00
Mal aliento	0,64	0,43 - 0,86	62	68,13	6	6,59	17	18,68	5	5,49	1	1,10
Comida atascada en el paladar	1,07	0,82 - 1,32	71	78,02	5	5,49	11	12,09	2	2,20	2	2,20
Comida atascada entre los dientes	0,45	0,25 - 0,64	45	49,45	7	7,69	30	32,97	5	5,49	4	4,40
Dificultad para morder comidas	0,43	0,26 - 0,61	69	75,82	7	7,69	12	13,19	3	3,30	0	0,00
Respiración por la boca	0,58	0,36 - 0,79	67	73,63	4	4,40	11	12,09	9	9,89	0	0,00
Dificultad para dormir	0,10	0,02 - 0,19	84	92,31	4	4,40	3	3,30	0	0,00	0	0,00
Dificultad para Hablar	0,28	0,12 - 0,44	78	85,71	3	3,30	8	8,79	1	1,10	1	1,10
Toma más tiempo para comer que otros niños	0,91	0,64 - 1.17	56	61,54	4	4,40	19	20,88	7	7,69	5	5,49
Dificultad en tomar/comer alimentos fríos/calientes	0,51	0,31 - 0,72	69	75,82	3	3,30	14	15,38	4	4,40	1	1,10
Dificultad en tomar/comer alimentos que a su hijo/a le gustan	0,29	0,13 - 0,45	77	84,62	4	4,40	7	7,69	3	3,30	0	0,00
Tiene la dieta limitada a ciertos tipos de comida	0,14	0,03 - 0,24	84	92,31	1	1,10	6	6,59	0	0,00	0	0,00
Percepción Sentimientos: En los últimos 3 meses, su hijo/hija se han sentido:												
Molesto	0,61	0,40 - 0,82	62	68,13	10	10,99	13	14,29	4	4,40	2	2,20
Frustrado	0,40	0,23 - 0,58	71	78,02	6	6,59	12	13,19	1	1,10	1	1,10
Ansioso o temeroso	0,41	0,23 - 0,59	70	76,92	8	8,79	10	10,99	2	2,20	1	1,10
Percepción Relación Actividades Escolares: En los últimos 3 meses, por razones relacionadas con sus dientes o boca, con qué frecuencia su hijo/a a:												
Faltado al colegio	0,21	0,09 - 0,34	79	86,81	5	5,49	6	6,59	1	1,10	0	0,00
Tenido dificultad para poner atención a clase	0,26	0,12 - 0,40	78	85,71	3	3,30	9	9,89	1	1,10	0	0,00
No ha querido leer o hablar en voz alta	0,30	0,15 - 0,45	76	83,52	3	3,30	11	12,09	1	1,10	0	0,00
No ha querido hablar con otros niños	0,09	0,01 - 0,18	85	93,41	3	3,30	3	3,30	0	0,00	0	0,00
Ha evitado reírse/sonreír en presencia de otros niños	0,15	0,02 - 0,28	85	93,41	1	1,10	2	2,20	3	3,30	0	0,00
Sentido que es menos saludable que otros niños	0,18	0,07 - 0,29	80	87,91	5	5,49	6	6,59	0	0,00	0	0,00

Sentido diferente a otros niños	0,08	0,01- 0,16	85	93,41	4	4,40	2	2,20	0	0,00	0	0,00
No se ve tan guapo como otros	0,24	0,08 - 0,39	81	89,01	2	2,20	5	5,49	2	2,20	1	1,10
Actuado tímidamente o apenado	0,50	0,31 - 0,69	67	73,63	5	5,49	16	17,58	3	3,30	0	0,00
Sido excluido por otros niños	0,21	0,09 - 0,34	79	86,81	5	5,49	6	6,59	1	1,10	0	0,00
No ha querido compartir tiempo con otros niños	0,24	0,09 - 0,39	80	87,91	3	3,30	6	6,59	1	1,10	1	1,10
No ha querido o podido compartir tiempo con otros niños	0,26	0,12 - 0,40	78	85,71	3	3,30	9	9,89	1	1,10	0	0,00
No ha querido o podido participar en actividades como deportes, música, paseos escolares	0,23	0,08 - 0,37	81	89,01	1	1,10	8	8,79	1	1,10	0	0,00
Se ha preocupado que tiene pocos amigos	0,15	0,03 - 0,26	84	92,31	1	1,10	5	5,49	1	1,10	0	0,00
Preocupado por lo que otras personas piensen acerca de su boca o dientes	0,23	0,10 - 0,35	79	86,81	3	3,30	9	9,89	0	0,00	0	0,00
Ha evitado reírse/sonreír en presencia de otros niños	0,32	0,18 - 0,47	73	80,22	7	7,69	10	10,99	1	1,10	0	0,00
Haciendo preguntas acerca de la boca/dientes de otros niños	0,39	0,21 - 0,57	71	78,02	10	10,99	6	6,59	2	2,20	2	2,20

Percepción Relación Interpersonal: Durante los últimos tres meses, por razones relacionadas con la boca/dientes de su hijo, Que tan frecuente usted u otro miembro de su familia se ha:

Sentido molesto	0,39	0,21 - 0,47	84	92,31	2	2,20	3	3,30	1	1,10	1	1,10
Dejado de dormir	0,16	0,03 - 0,29	79	86,81	3	3,30	5	5,49	3	3,30	1	1,10
Tenido sentimientos de culpa	0,28	0,11 - 0,45	45	49,45	14	15,38	21	23,08	9	9,89	2	2,20
Tomado tiempo del trabajo para cumplir citas odontológicas	1,00	0,75 - 1,24	69	75,82	7	7,69	14	15,38	1	1,10	0	0,00
Tenido menos tiempo para usted y su familia	0,41	0,25 - 0,58	73	80,22	2	2,20	10	10,99	3	3,30	3	3,30
Preocupado porque su hijo podría tener menores oportunidades en la vida	0,47	0,25 - 0,68	88	96,70	1	1,10	1	1,10	1	1,10	0	0,00
Sentirse incomodo en lugares públicos con su hijo	0,06	-0,01 - 0,14	78	85,71	4	4,40	8	8,79	1	1,10	0	0,00
Que tan frecuente su hijo/hija ha: Estado celoso/a de usted u otros familiares	0,25	0,11 - 0,39	84	92,31	1	1,10	5	5,49	1	1,10	0	0,00
Que tan frecuente su hijo/hija ha: culpado a algún familiar o a usted	0,15	0,03 - 0,26	83	91,21	1	1,10	7	7,69	0	0,00	0	0,00

Que tan frecuente su hijo/hija ha: peleado con usted o algún familiar	0,16	0,05 - 0,27	76	83,52	5	5,49	9	9,89	1	1,10	0	0,00
Que tan frecuente su hijo/hija ha: Requerido más atención de usted o algún familiar	0,28	0,14 - 0,42	81	89,01	2	2,20	7	7,69	1	1,10	0	0,00
Que tan frecuente su hijo/hija ha: Interferido con actividades familiares en la casa o sitio público	0,20	0,07 - 0,33	81	89,01	2	2,20	7	7,69	1	1,10	0	0,00
Que tan frecuente su hijo/hija ha: Causado conflicto en su familia	0,13	0,02 - 0,24	85	93,41	1	1,10	4	4,40	1	1,10	0	0,00
Que tan frecuente su hijo/hija ha: causado dificultades financieras a su familia	0,16	0,05 - 0,27	82	90,11	3	3,30	6	6,59	0	0,00	0	0,00

ANEXO 9. 7. Percepción de los padres sobre la calidad de vida relacionada con la salud oral de sus hijos:

Nombre de variables a correlacionar	Estimador correlación de Sperman	Valor p
Índice COP y Percepción relaciones interpersonales	- 0,032	0,62
Índice COP y Percepción colegio	0,010	0,88
Índice COP y Percepción sentimientos	- 0,105	0,11
Índice COP y Percepción salud oral	- 0,100	0,13

Anexo 9.8 Coeficiente de correlación Índice COP y métrica de CVRS Oral

Anexo 9.9 **Coeficiente de correlación Total de dientes y métrica de CVRS Oral**

Nombre de variables a correlacionar	Estimador correlación de Sperman	Valor p
Número total de dientes y Percepción relaciones interpersonales	0,086	0,19
Número total de dientes y Percepción colegio	0,131	0,05
Número total de dientes y Percepción sentimientos	0,062	0,35
Número total de dientes y Percepción salud oral	- 0,009	0,89